

Цена 1 руб. 80 коп.

Э Р В И Н Л И К

ОШИБОЧНЫЕ
П У Т И
ХИРУРГИИ

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО

РЕДАКЦИЯ И ПРЕДИСЛОВИЕ
ПРОФ. М. И. ЛИФШИЦА



НАУЧНАЯ МЫСЛЬ

ОШИБОЧНЫЕ ПУТИ ХИРУРГИИ

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО Б. Б. ВАРШАВСКОЙ и М. С. РАВИЧА
ПРЕДИСЛОВИЕ и РЕДАКЦИЯ ПРОФ. М. И. ЛИФШИЦА

Бібліографічний опис цього видання вміщено в „Літописі Українського Друку“, „Картковому репертуарі“ та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

„Укрполіграфоб'єднання“
Третя Друк. ім. Фрунзе
Харків, Донець-Захарж., 6.
Укрголовліт 1197
Зам. 1060. Прим. 4.000

ДВА ГОДА тому назад в издании журнала „Новый Хирургический Архив“ вышли в русском переводе очерки доктора Э. Лика под общим заглавием „Врач и его призвание“. Перевод был сделан с шестого немецкого издания, причем эти шесть изданий выходили в оригинале (на немецком языке) быстро, можно сказать — стремительно, одно за другим: с мая 1926 по июль 1927 года. Поистине головокружительный успех, особенно в наше время и в условиях немецкого медицинского книгоиздательства. Ведь в Германии выбрасывается на книжный рынок уйма книг, среди которых на ряду с хорошими, серьезно и тщательно составленными пособиями, немало совершенно никчемного книжного хлама, а авторы нередко пишут ради самого процесса писания; именно их Э. Лик, кстати сказать, так саркастически высмеивает в этой своей последней книжке.

Чем объяснить такой исключительный успех? Старая латинская пословица говорит: „Habent sua fata libelli“ (книги имеют свою судьбу). Мы в фатум не верим, но что не всегда успех книги соответствует ее достоинствам — это не подлежит сомнению; как часто читают и жадно проглатывают написанное и напечатанное не потому, *что* написано, а потому, *кто* написал.

Однако, в данном случае заранее можно отбросить предположение, что имя автора сыграло роль проводника книги в широ-

кие врачебные массы. Пожалуй, наоборот, Лик — скромный провинциальный врач-хирург, не украшенный чинами и высоким титулом „тайного“ или хотя бы „санитарного советника“ *); он сам подчеркивает свою независимость, и мысли его, подчас, действительно смелы и прямолинейно откровенны. Более того, поскольку они порой находятся в довольно резком (но допустимом в буржуазном обществе) противоречии со многими общепринятыми и государством защищенными представлениями, они, пожалуй, могут считаться „мыслями еретика“, как их и называет сам автор.

Спешу оговориться: да не подумает читатель, что Лик проповедует какие-либо революционные идеи, рвет со старым миром и зовет врачей, как часть общества, последовать за ним в новый мир, мир социалистического общества. Лик весьма мирно настроен и по отношению к современному буржуазному обществу, в котором он живет и работает, и по отношению к религии и к частнокапиталистической системе здравоохранения его страны. Более того: его заверения насчет того, что он никогда не был демократом, никогда „не верил в разум масс“ и т. д., сделанные им в его первой книжке: „Врач и его призвание“, довольно ясно проглядывают сквозь строки и этой второй книги.

И все же это — „талантливая волнующая книга“, повторил бы я, говоря словами д-ра К. В. Волкова из его предисловия к русскому переводу книги Лика „Врач и его призвание“. Она будит застывшую мысль многих врачей, находящихся в плену догм под глубоким гипнозом „корифеев“ медицины и в рабстве закрепленных годами и десятилетиями традиций, хотя бы эти традиции проявили полную свою несостоятельность и нежизненность. Помимо этого общего свойства, присущего в одинаковой степени и первой книге, и предлагаемой ныне вниманию читателя, послед-

* Тайный советник („geheimrat“) и санитарный советник („Sanitätsrat“) — чины германских медицинских светил большого и весьма малого созвездия, причем эти чины очень ревниво охраняются носителями их.

няя отличается еще некоторыми особенностями. На них я бы хотел несколько остановиться, подчеркнуть, что в них верного, заслуживающего всяческого внимания с нашей врачебной стороны, и что, наоборот, должно быть отвергнуто, отброшено, что, на мой взгляд, сулит углублением ошибочности путей хирургии да и медицины вообще.

Что составляет лейтмотив всей книги Лика? С одной стороны, это то же, что и в первой книге: резкое различие между „врачом“ и „медиком“, различие, изображаемое автором резко, ярко, выпукло, я бы сказал даже изобразительно, порой художественно. Лик, по собственным словам—*против медика и за врача*. Как надо понимать в устах Лика это противопоставление медика врачу? Медик, разбирая клиническую картину *болезни*, часто упускает из виду *больного человека*, носителя этой болезни. Истина, правду сказать, довольно банальная, пожалуй, аксиомная, и едва ли требующая того пафоса, тех метких стрел, с которыми автор выступает против пренебрегающих ею. В нашей стране это правило нам блестяще разъясняли лучшие представители клинической медицины—Боткин, Захарьин, Остроумов. Что это правило все же никогда не соблюдается и что несоблюдение его идет во вред больному, и, конечно, и самому врачу, резко суживая его мышление, его кругозор—это, конечно, верно. Указывая на необходимость не забывать больного, изучая болезнь, Лик еще не дошел до необходимости увязки болезни, больного, со средой, с условиями труда и быта, играющими огромную роль.

Однако, восставая против попирания этой, по мнению автора, основы медицины и неся этот „факел правды“ во врачебную массу, Лик часто утрирует ее и впадает в крайность, допуская ряд ошибок, а порою и противоречий с самим собою.

На некоторые из них мы укажем.

На протяжении 80 страниц автор целым рядом историй болезни и примеров из своей практики и наблюдений других врачей указывает, что диагноз „псевдоаппендицит“ часто ставится без

всяких оснований, а затем следует другая ошибка, более серьезная по своим последствиям для больного — удаление отростка, ни в чем неповинного и потому не избавляющего больного от страданий. Немцы по поводу таких рассуждений говорят: „es ist schon eine abgedroschene Sache“, что в вольном переводе значит: „разжевано и пережевано“. Тридцать слишком лет тому назад Nothnagel (в 1899 г.) впервые ввел в медицину термин Pseudoperitiphilitis, а затем 4 года спустя (1903 г.) Küttner ввел термин pseudo-appendicitis *. Суть обоих терминов одинаковая и соответствует тому, что раньше говорили больше о заболеваниях слепой кишки (thyphlitis), а потом — главным образом appendix'a. В обоих случаях речь идет о том, что клиническая картина, похожая на аппендицит (resp. тифлит) на самом деле иногда объясняется разными другими заболеваниями и само собой разумеется, что удаление отростка в таких случаях либо ничего не дает больному, либо влечет за собою ряд новых жалоб, как последствие произведенной операции. Кроме того, автор приводит ряд наблюдений — собственных и других авторов, — из которых видно, что во многих случаях больной излечивается после операции аппендиктомии *несмотря на то, что самое тщательное исследование* отростка показывает отсутствие воспалительных изменений. Следовательно, ошибки хирургии в этой области двоякого рода: 1) вмешательство там, где этого не требовалось, при том вмешательство бесполезное, а порой и вредное; 2) положительный результат операции, несмотря на отсутствие показаний к этому, как результат суггестивного действия — не столько операции, сколько *оператора*, его личности, следовательно, в конечном счете — результат суггестивности.

Все это верно, хотя, правда и наблюдается не так чрезмерно часто, как это выходит по Лику. Но в том и особенная, я бы сказал, до известной степени специфическая, сторона аппендикита, что его очень часто трудно диагностировать объективно

* См. Prof. Küttner. Pseudoappend. acuta. „D. med. Woch.“ 1929 № 42-43.

точно, и мы в подавляющем большинстве случаев при исследовании больного хроническим аппендицитом, resp. в *interalla lucida* вынуждены довольствоваться субъективными показаниями исследуемого, а они, конечно, по природе своей лишены достоверности. Но вместе с тем чрезмерное увлечение „псевдостью“ при исследовании больного таит в себе и известную опасность упускать случай безусловного аппендицита, аппендицита, могущего в любой момент стать роковым для своего носителя. Таких случаев каждый из врачей, имеющий достаточный врачебно - практический опыт, может вспомнить не мало. Вспомним и недавние дебаты по вопросу о хроническом аппендиците на V Съезде Общества по изучению болезней пищеварения и обмена веществ (*Gesellschaft f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*, где докладчиками и участвующими в прениях выступали терапевты и хирурги с исключительно большим опытом в этой области (Boas, Payr, Haberer, Kuttner, Einhorn, Schnitzler). „Нельзя допустить, чтобы производимая операция была опаснее самой болезни“, повторно подчеркивает Лик. Это верно, но вместе с тем нельзя допустить, чтобы риск от упущения операции во-время был больше, чем сама операция, прибавил бы я. А это, к сожалению, в жизни наблюдается.

Вообще, проходящий через всю книгу Лика лейтмотив о роли суггестивного момента и личности врача во всей лечебной медицине, до того порою искусственен и трудно вяжется с фактами, что местами сам автор впадает в противоречие с собою. Так, в главе „Механизация медицины“ он говорит: „Решающим является не что и как оперируют, а *кто* оперирует“, а между тем в главе о Базедовой болезни он довольно много распространяется о значении разных способов операции, о до- и после-оперативном лечении и т. д. А по моему, если и играет большую роль при операции (да и вообще при лечении) личность хирурга, врача, то далеко не столько его внушение, сколько его знание и умение. Об этом многое могли бы рассказать Лику его соотечественники Billroth, Haberer, Hotz и другие.

В книге Лика часто говорится о целесообразности устройства человеческого организма в общем и отдельных его органов в частности. Особенно много автор на этом останавливается в главе: „Отрицательные результаты после операции по поводу желчных камней“. Но понимание целесообразности у автора основывается на виталистическом понимании мира и очень мало имеет общего с действительной наукой, базирующейся на диалектически материалистическом понимании и изучении природы.

Очень интересна глава о механическом и функциональном мышлении в хирургии. Содержание шире заглавия, ибо по существу речь идет здесь о методологии мышления не только в хирургии, но в медицине вообще. Впрочем, логически вполне естественно, что мыслящий хирург должен больше всего чувствовать всю неудовлетворительность упрощенного механического мышления вообще и в медицине в частности. Это одностороннее мышление в медицине в свое время, а отчасти и теперь, вело к абстрагированию отдельных заболеваний от „единого человека“, к учету болезни вместо больного человека, к стремлению механически исправить quasi чисто механические нарушения. На вредность, отрицательные, а порою и опасные стороны такого механически-аналитического подхода к больному человеку, в нашей стране уже давно указывали такие блестящие клиницисты, как Боткин, Захарьин, Остроумов, и в последнее время — Федоров, а на родине Лика (в Германии)—Kraus Goldscheider, Bier и Sauerbruch.

Я не могу останавливаться более или менее подробно на цитировании отдельных мест из книги Лика, в которых автор по тому или другому поводу возвращается к лейтмотиву всей своей книги: противопоставлению медика врачу, т. е. в понимании Лика—противопоставлению врача-ремесленника с узким, если можно так выразиться, цеховым кругозором врачу с широким биологическим взглядом на природу человека в здоровом и больном состоянии его. Меня интересует другой, практически более важный вопрос: каковы пути к устранению „ошибочных путей“ и не в хирургии

только, а в медицине вообще? Лик отвечает на это в конце своей книги очень просто: мы должны из хирургов опять стать врачами („Aus Chirurgen wieder Aerzte werden“). Ответ очень лаконичский и как-будто действительно простой, но не всегда все, что просто на словах, так просто и ясно по своему содержанию.

Вопрос несколько сложнее, чем это представляет себе Лик. Вот уж десяток лет, как в медицинской прессе, особенно в немецкой и нашей, на все лады и под разными названиями дискутируется вопрос о тупике, в который зашла медицина, о распутии медицины, о кризисе ее. Растет медицинская литература, а вместе с нею растут и противоречия между отдельными „достижениями“ медицинской науки, растут расхождения по большим и малым вопросам в медицине, по данным эксперимента и клиники и проч. и проч. Одни зовут обратно в клинику к больному человеку, другие — к всемерному подкреплению данных клиники, порою недостаточно объективных, лабораторной разработкой клинических проблем. Пишут много, пишут без конца, а между тем весьма нередко по мере накопления литературы по данному вопросу последний не только не разъясняется, а еще больше запутывается.

Лик во многих местах своей книги „разносит“ этих чрезмерно плодовитых писателей; особенно ядовито он говорит об определенной группе их в своем заключении (см. конец книги). Но... ведь и сам Лик говорит (см. предисловие его), что за время своей врачебной жизни он написал 160 работ. Количество изрядное, а ведь никто себе не судья; быть может можно было бы сэкономить и в его собственном списке трудов. Так, в ряде своих работ Лик указывает на необходимость иметь в виду при разборе больных громадную роль разных невротических наслоений в жалобе больных, а его соотечественник Bergmann устно и письменно проповедует „вывод“ из медицины органичных неврозов (Abbau der Organneurosen).

„Противоречие движет вперед“, говорит Гегель. Будем надеяться, что эти противоречия в медицинской литературе все же

подвинут вперед, углубят и уточнят наши знания, но для этого нам, врачам, необходимо вооружить себя и в лаборатории, и в клинике, и при устных разборах выводов, и при литературном изложении их правильной и надежной методологией, а ею может быть только диалектический материализм. Как метод познания вообще и в медицине в частности, диалектический материализм имеет то абсолютное преимущество, что, правильно отражая процессы, происходящие в человеческом организме он выявляет объективно роль отдельных слагаемых этих процессов, а последующий синтез приводит к стройному и гармоническому пониманию.

В заключение необходимо отметить, что предлагаемая вниманию читателей книга Лика переведена не полностью. Опущены некоторые детали, очень много раз повторяемые автором, не приведено много историй болезни, как не необходимых для иллюстрации мыслей автора. Глава „Должны ли мы оперировать по поводу опущения желудка“ совершенно выпущена, ибо по существу в ней на частном примере (гастроптоз) повторяется то, о чем автор повторно говорит в своей книге, о птозах органов брюшной полости вообще.

Надеемся, что и эта вторая книжка вызовет такой же живой интерес среди широких кругов врачей нашей страны, как и первая монография Лика. Залог этому — критика и самокритика, к которой зовет автор, а лозунги эти, как известно, у нас теперь наиболее злободневные.

Проф. М. И. Лифшиц

МНОГО умных голов и прилежных рук участвовало в сооружении грандиозного здания современной хирургии. Одни из них задумали основной план, другие заложили прочный фундамент и воздвигли высокие стены здания, третьи занимались внутренним устройством дома, в котором все мы живем и работаем.

Одним архитекторам никогда бы не построить этого здания, если бы не армия рабочих, честно и с воодушевлением выполнявшая повседневную работу.

Мощное здание современной хирургии в основном можно считать законченным. Это не значит, что оно не нуждается в исправлениях: пусть не фундамент и брандмауэры, а какая-нибудь второстепенная стена, угловой камень, украшение. В такой большой постройке всегда найдется негодная балка, которую нужно заменить, неправильная конструкция и т. п. Об этом должны позаботиться рабочие, до сих пор стоявшие на заднем плане. Мы их называем критиками, пусть мало приятными, но безусловно полезными.

Трудно критиковать здание во время самой постройки, когда лихорадочно воздвигаются стены и невозможно следить за всеми деталями работы. Но вот, наконец, оно готово, период горячки, „бури и натиска“ уже прошел, и можно спокойно заняться ревизией этой постройки. Правда, и теперь еще хирурги делают кавалерийские набеги, мало подходящие для нашего времени и действующие на нервы.

Предлагаемые очерки, вернее — критические заметки относятся к 1920—28 г. Из 160 работ, написанных мною за 25 лет, я остановился именно на этих статьях. Работая в скромном масштабе ча-

стной лечебницы и приема, я не могу поразить своих коллег ни большими цифрами, ни особенными успехами. Мной руководит лишь любовь к медицине и к хирургии, любовь к истине и ненависть к догме и схоластике.

Задача критики, по-моему, не в том, чтобы открывать ошибки, а показать, как их можно избежать. Ложные пути, которые вначале импонируют как смелое новшество, открытие неизведанных областей, теряют затем всякий интерес и даже действуют отталкивающе.

Наших современных манежных наездников нельзя сравнивать с их предками, которые в первый раз садились верхом на дикую лошадь. Вот почему я прибегаю иногда к иронии. Истинно великие люди всегда признают свои ошибки. Догматики, схоластики, убежденные в своей непогрешимости, — никогда. Толстокожего можно пробрать только кнутом.

Кто внимательно читает нашу литературу, тот знает, что по указанным мной ложным путям идут очень многие, что от поры до времени эти ошибки повторяются. Пусть эта небольшая книга послужит им на пользу; быть может число этих блуждающих странников уменьшится. Только тогда мощное здание современной хирургии станет истинным храмом науки и медицинского искусства.

Данци, Рождество, 1928.

Э. Лик

О ПСЕВДОАППЕНДИЦИТЕ, В ОСОБЕННОСТИ О БОЛЕЗНИ
ТАК НАЗЫВАЕМОГО НЕРВНОГО СПАЗМА КИШКИ

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ вряд ли существует какое-либо заболевание, при котором не считали бы виновным червеобразный отросток и не удаляли его. Удаляется он при воспалении легких, при кори, нефритах, Адиссоновой болезни, заболеваниях центральной нервной системы и т. д. Рядом с учением об аппендиците может быть поставлено и учение о псевдоаппендиците; это учение, если его разобрать исчерпывающе, окажется чрезвычайно обширным.

Выражение „псевдоперитонит“ было впервые введено Nothnagel'ем (1899 г.) и с тех пор привилось в литературе; часто, однако, оно заменяется более распространенным названием — „псевдоаппендицит“. Правда, этот термин может быть понимаем более или менее широко. Küttner, напр., называет так только те случаи, при которых, хотя и имеются симптомы воспаления слепой кишки, однако, не обнаруживаются болезненные изменения органов брюшной полости. Longo, со своей стороны, требует помимо известных клинических явлений еще и патолого-анатомических данных на ряду с наличием здорового отростка. Наконец, Sonnenburg понимает под псевдоаппендицитом только „органные гипохондрические ощущения в области отростка“.

Мне кажется, что этим данное понятие не исчерпывается. Следуя за номенклатурой при других патологических состояниях, я под названием „псевдоаппендицит“ объединяю все те заболевания, которые могут симулировать воспаление слепой кишки. Дать точные цифры довольно трудно. По моим наблюдениям даже диагноз острого аппендицита, который на основании многочислен-

ных научных работ, разъяснительных докладов и т. д. кажется безошибочным, приблизительно в четверти случаев оказывается неправильным. Ошибочный диагноз „хронический аппендицит“, по моему мнению, встречается еще в большем проценте случаев.

De Quervain на основании обширной статистики определяет частоту псевдоаппендицита в 5%; однако, я считаю эту цифру слишком низкой. Это можно объяснить тем, что к псевдоаппендицитам были причислены лишь случаи, не обнаруживающие патологических изменений в червеобразном отростке. Но это только относительно правильно, т. е. правильно в анатомическом, но не в клиническом смысле. Orth и Aschoff среди 400 удаленных по поводу острого аппендицита червеобразных отростков в 10% не находили ни макро-ни микроскопических изменений. При этом нужно принять во внимание следующее: и среди случаев с определенными изменениями, естественно, могут встречаться и встречаются такие, при которых воспалительные изменения отростка являются лишь сопутствующими другим заболеваниям, напр., колитам. Опытные исследователи утверждают, что отросток участвует при всяком инфекционном заболевании (обилие лимфатической ткани в отростке). Я при этом оставляю совершенно в стороне случайные изменения, которые могут быть приписаны хирургическому вмешательству, каковы, напр., инъекция сосудов, кровоизлияние и т. д., которые в специальных трудах играли долгое время большую роль. Определение картины заболевания в конце-концов предоставлено было наблюдающему врачу. В соответствии с этим клиницисты в большинстве случаев дают более высокий процент ошибочных диагнозов, чем патологи. Так, Sonnenburg сообщает, что среди женщин, доставленных в его клинику с диагнозом острого аппендицита, не менее трети страдало заболеванием придатков.

Такие цифры покажутся некоторым специалистам преувеличенными. Но сомнения были бы устранены, если бы каждый хирург точно отметил как свои, так и чужие диагностические ошибки, выясненные путем исследований данных случаев или дальнейших наблюдений за ними. Весьма целесообразен прием многих хирургов записывать клинический диагноз и, главным образом, предполагаемые патолого-анатомические изменения до вскрытия брюшной полости. Как часто при этом даже опытный врач переживает

разочарование, встречая вместо ожидаемого гангренозного червеобразного отростка только незначительные изменения в нем или полное отсутствие, их или же наоборот.

Само собой понятно, что невозможно привести все заболевания, которые случайно симулировали воспаление слепой кишки. Число их зависит от знания и опыта, от суждений и темперамента исследующего врача. Здесь мы укажем в первую очередь на известные, постоянно повторяющиеся ошибки и в особенности подробно остановимся на картине заболевания так называемого хронического аппендицита, представляющей большие диагностические затруднения.

Мой опыт базируется приблизительно на 1000 оперированных воспалениях слепой кишки (две трети из них оперировались во время приступа), свыше 100 неоперированных легких заболеваний, больше 300 случаев псевдоаппендицита. Последнее число в действительности больше, так как я, к сожалению, в первые годы моей хирургической деятельности не производил более точных записей соответствующих наблюдений.

По чисто внешним соображениям лучше рассматривать отдельно ошибочные диагнозы при острых и хронических заболеваниях, хотя, при таком отделении не всегда удастся избежать повторений:

А. ОСТРЫЙ ПСЕВДОАППЕНДИЦИТ

Естественно, что заболевания соседних частей тела ведут в первую очередь к ошибочному диагнозу. Едва ли существует какое-либо заболевание органов брюшной полости, которое не было бы хоть раз диагностировано и оперировано, как аппендицит. Заболевания женского таза и почек главным образом ведут к ошибкам.

Указание Sonnenburg'a, что по меньшей мере одна треть женщин с диагнозом „острый аппендицит“ страдала заболеваниями придатков, уже упоминалось. Самым важным из этих заболеваний я считаю острое воспаление тазовой брюшины у молодых девушек и замужних женщин. Мы обязаны Barth'у ясным изложением отличительных признаков этого заболевания от острого аппендицита. Страдание начинается почти всегда в связи с регулами или непосредственно перед или в течение их, высокой температурой,

учащением пульса (до 140 ударов в минуту), вздутием живота, значительными болями; рвота встречалась в половине случаев. Характерным для пельвиоперитонита в противоположность аппендициту является чувствительность к давлению всей нижней части живота как справа, так и слева при отсутствии напряжения брюшных покровов; главным же образом характерна болезненность органов мочевого таза при вагинальном исследовании. Малейшее прикосновение при исследовании вызывает резкие боли. Органы таза кажутся при ощупывании пальцем чрезвычайно разрыхленными. Мы почти всегда встречаемся с гонорройным заражением. В анамнезе следует поэтому обращать внимание на выделение и на жжение при мочеиспускании. Прогноз благоприятный. При выжидательном лечении (постельное содержание, грелки, наркотические средства) вначале весьма бурные явления в течение нескольких дней идут на убыль. Путем пальпации удастся найти уплотнение труб.

Всего я наблюдал 18 таких случаев, из них двое с диагнозом „деструктивный аппендицит“ с перитонитом были, к сожалению, оперированы вследствие отсутствия опытности в первое время моей практики. Червеобразный отросток был в моих случаях несколько уплотненным и сильно покрасневшим (вторичные явления, как следствие перитонита); в брюшной полости большое количество серозного экссудата; внутренние органы женской половой сферы, поскольку было доступно глазу, сильно покрасневшие с единичными волокнами фибрина. В одном случае заживление шло гладко, второй случай доставил мне много тяжелых часов. Появилась вторичная инфекция, потребовавшая повторных вмешательств, как-то: удаление нагноившихся труб, вскрытие нескольких внутрибрюшных абсцессов, резекцию кишки вследствие фистулы и т. д. Выздоровление наступило лишь после многих месяцев болезни. При правильно поставленном диагнозе и выжидательном лечении можно было бы, пожалуй, избежать изувечения женщины (потери труб).

Из других заболеваний женских половых органов, иногда принимаемых за аппендицит следует упомянуть: септический аборт, гнойное воспаление труб, внематочную беременность (трубный аборт, разрыв трубы) перекручивание ножки, инфекция или разрыв опухоли яичника, периметрит, параметрит. Больные с такими заболеваниями попадали в клинику под диагнозом „острый аппендицит“ по одной или

по несколько, из которых некоторые были мною оперированы. Приведение историй болезни завело бы нас слишком далеко. Анамнез, тщательное исследование, главным образом под наркозом, помогут в большинстве случаев сохраняющему спокойствие врачу избежать ошибки.

Чрезвычайно часто ставится ошибочный диагноз аппендицита при болезнях почек. Случаи, когда при остром нефрите удаляли отросток — а такие случаи бывали — совершенно недопустимы. Чаще ошибаются, и это можно скорее оправдать, при остро протекающем правостороннем пиелите или пиелонефрите. Я видел 11 таких случаев с диагнозом „острый аппендицит.“ Высокая температура, иногда с ознобом, сильные, часто коликообразные боли, иррадиирующие к пузырю, иногда также тошнота и рвота, умеренная чувствительность к давлению правой стороны живота — делают понятным ошибочный диагноз. Особенно легко ошибиться, когда инфекция поражает правую почку, стоящую и без того более низко, напр., у многорожавших женщин. При более подробном исследовании область слепой кишки оказывается интактной. Несоответствие между вышеизложенными тяжелыми явлениями и незначительностью объективных данных должно вызвать подозрение. Решающим является тогда исследование мочи, обнаружение в ней гноя и бактерий.

Так же часты ошибки при острых почечно-каменных коликах. К сожалению, и я на первых порах своей деятельности не избежал однажды подобной ошибки.

Крепкого телосложения 25-летний агроном был доставлен однажды вечером ко мне в клинику с диагнозом „острый аппендицит“. Заболел он 12 часов тому назад сильными болями в животе, особенно в нижней части его справа, тошнотой, позывами к рвоте. Подобные приступы повторялись многократно за последние годы. Т° 37,2, пульс 86, на лице — выражение страха, область слепой кишки чрезвычайно чувствительна. Брюшные покровы напряжены, детальное исследование больного невозможно из-за возбужденности его и сильных болей. Является ли это напряжение брюшных покровов рефлекторным, решить нельзя, так как больной напрягает их при исследовании. Диагноз: острый приступ хронического рецидивирующего аппендицита. Немедленная операция обнаруживает ошибку. Правда, на червеобразном отростке были найдены незначительные изменения (уплотнение верхушки, сращения), однако, ожидаемые признаки острого воспаления установлены не были. До и после операции морфия. Через 1½ дня выделился почечный камень величиной в горошину, который, без сомнения, являлся причиной приступов. Течение благоприятное; полное выздоровление.

Я с тех пор поставил себе за правило действовать в таких случаях несколько осторожнее. Большой оплошностью было в данном случае упущение произвести микроскопическое исследование мочи. При острых почечно-каменных коликах находят в осадке красные кровяные тельца, что и позволяет с уверенностью ставить диагноз почечных камней, а не аппендицита. Навести исследующего врача на правильный путь должно в подобных случаях несоответствие между внезапно наступающими длительными сильными болями, с одной стороны, и хорошим самочувствием, отсутствием более значительного учащения пульса и повышения температуры, с другой стороны. В остальном нужно обратить внимание на то, что при почечно-каменных коликах рядом с болями в области слепой кишки, тошнотой и рвотой может появиться иррадирующее напряжение брюшных покровов (Richardson).

Смешение почечно-каменных колик с аппендицитом случается далеко нередко. Sabot, напр., сообщает, что из 153 случаев почечно-каменной болезни произведенная в 20 случаях операция (среди них 10 аппендектомий и 8 лапаротомий) оказалась излишней. Однажды в мою клинику было доставлено в течение одной недели 4 больных с диагнозом острого воспаления слепой кишки для операции: из них у трех оказались почечно-каменные колики с правой стороны. Диагноз был подтвержден помимо нахождения красных кровяных телец в моче в одном случае рентгеновским снимком и удалением камня оперативным путем (пизалотомия). Во втором случае камень выделился самопроизвольно; в третьем — после инъекции глицерина в мочеточник. После отхождения или оперативного удаления камня все явления прекратились.

Я наблюдал смешение почечно-каменных колик с острым воспалением слепой кишки всего 21 раз. Важно знать, что почечные камни отнюдь не являются заболеванием только среднего и более старшего возраста, но встречается нередко во втором и третьем десятилетиях жизни.

Сказанное о почечных камнях, естественно, с еще большим правом относится к камням правого мочеточника (3 собственных наблюдения). Далее, следует помнить, что иногда и камни в левой почке могут вызывать боли с правой стороны.

При блуждающей почке, в особенности при перемежающемся гидронефрозе (напр., вследствие добавочных сосудов) мы видим иногда колики, вызванные перегибом мочеточника или почечной лоханки (застой мочи). Если вопрос идет при этом о низко расположенной правой почке, то приступ может симулировать острое

воспаление слепой кишки. Я располагаю четырьмя подобными наблюдениями.

Хроническое нагноение почки (почка в виде гнойного мешка), как и гидронефроз, рассматривается при низком стоянии заболевшего органа, как перитифличный гнойный очаг.

Колики, трактующиеся как аппендицит (илеоцекальные боли, вздутие слепой кишки) наблюдаются, далее, при гипертрофии простаты.

Переходим к заболеваниям печени. Часто острый холецистит и главным образом эмпиема желчного пузыря принимаются за острый аппендицит (17 собственных наблюдений). Это случается особенно часто у женщин с опущением печени вследствие многократных родов. Здесь воспалительная припухлость и наисильнейшая чувствительность к давлению наблюдается непосредственно в Mac-Burney'евской точке. Острое начало, лихорадка, учащение пульса, боли, рвота, чувствительность к давлению, напряжение брюшных покровов сходны с явлениями при воспалении слепой кишки. Опущение печени, главным же образом — обнаружение колбасовидной опухоли, столь характерной для эмпиемы, приводит легко к правильному диагнозу. Однако, установить присутствие опухоли возможно иногда только при наркозе.

Заболевания поджелудочной железы, главным образом острый панкреатит с его бурными явлениями, могут также симулировать картину тяжелого аппендицита. Я оперировал 2 подобных случая с диагнозом „перфорационный перитонит при гангренозном аппендиците“; в обоих случаях — выздоровление.

То же относится и к воспалению брюшины вообще. Так как мы по опыту знаем, что гангренозное воспаление червеобразного отростка является наиболее частой причиной перфоративного перитонита, то при последнем думают в первую очередь об аппендиците. Это относится и к прободению язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, далее к прободным кишечным язвам туберкулезного или тифозного характера. Я наблюдал по несколько случаев каждого такого заболевания, причем часть из них оперировал под ошибочным диагнозом перфоративного аппендицита. Относительно дифференциального диагноза не приходится здесь говорить. Во многих случаях нам удавалось из анамнеза и данных исследования правильно разпознать исходный пункт перитонита до вскрытия брюшной полости.

Я хочу еще только упомянуть, что перфорирующая карцинома кишки уже неоднократно оперировалась, как аппендицит. В особенности легко ошибиться, когда дело касается более молодых больных, у которых рак может протекать до момента перфорации без видимых симптомов.

Из других заболеваний органов брюшной полости, ведущих к смещению с острым аппендицитом, я упомяну еще, не претендуя на полноту: инвагинацию, заворот кишек, ущемление грыжи, ущемление в карманах брюшины, странгуляционный илеус, воспаление сальника, перекручивание append. еріпоіс. и непроходимость кишки вследствие закупорки желчных камней.

Что острые катарры кишечника, в особенности сопровождающиеся лихорадкой, могут симулировать воспаление слепой кишки—ясно само собой. Sonnenburg и Kothe сообщали о двух оперированных больных, доставленных с диагнозом острого воспаления слепой кишки; однако, оказалось, что аппендицит симулировался острым энтеритом. Червеобразный отросток вовлекается часто в процесс при заболеваниях других отделов кишки, однако, его не следует считать виновником заболевания. Привожу пример:

Женщина, 42 лет, Д., хорошо упитанная, обладающая хорошим аппетитом, заболела после обильного приема пищи болями в животе, лихорадкой, тошнотой, поносом. После постельного содержания, слабительного, диеты улучшение не наступило. Я видел больную на третий день заболевания; t° 38,5, пульс—96, живот вздут с резко выраженной чувствительностью к давлению внизу справа. Хорошо пропальпировать не удастся из-за толщины жирового покрова; рефлекторное напряжение стенок живота выражено неясно. Так как по прошествии двух дней температура и пульс не понижались, я не рисковал ждать больше и оперировал, поставив предварительно диагноз „деструктивный аппендицит“. В брюшной полости умеренный выпот, петли кишек покрасневшие. Стенка слепой кишки оказывается значительно уплотненной, местами неопределенного цвета (язва слизистой с отложением фибрина). Червеобразный отросток принимает участие в общей инъекции сосудов, но сам без особых изменений. Слизистая оболочка основания вскрытого аппендикса приблизительно на протяжении $1\frac{1}{2}$ см. сильно покрасневшая и припухшая, в остальном слизистая микроскопически без изменений. Операция не оказала влияния на самочувствие больной. Температура и пульс постепенно, только по прошествии недели вернулись к норме. Одновременно и смешанные первоначально со слизью зловонные испражнения приняли обычный характер. В результате — полное выздоровление.

По виду слепой кишки и отростка, как и по своеобразному течению, я в данном случае считаю несомненным, что в основе кар-

тины заболевания лежал незначительный энтероколит, особенно резко выраженный в слепой кишке и восходящей части толстой, и что изменения в отростке были лишь вторичного характера. Операция оказалась излишней; судя по всему, это легкое вторичное воспаление червеобразного отростка прошло бы так же, как и катарр остальной части кишки. По моему мнению, такие заболевания встречаются довольно часто. Я сам наблюдал 26 таких случаев. В действительности, их у меня было больше, так как только после приобретения опыта я обратил на них внимание. А priori можно предположить, что червеобразный отросток, стоящий в прямой открытой связи с кишечным каналом, принимает также участие в воспалительных процессах в нем. Krogius и Klemm отрицают такую связь; последний базируется на том, что он никогда не видел такого перехода. В то время как кишечный канал вообще в состоянии продвигать вперед и удалять вызывающее воспаление вещество, в червеобразном отростке благодаря особым анатомическим условиям легко задерживается инфекционный материал, и это ведет к тяжелому самостоятельно прогрессирующему воспалению. Данные о том, как часто хронический колит предшествует острому аппендициту колеблются у Dieulafoy в 0,5% у Albu и Rotter'a (сводный материал) в 2%, у Albu среди частных больных в 8—10%.

Boas и Karewski рекомендуют аппендектомию, не считаясь с наличием аппендицита, только с целью лечения колита. Goebell советует производить при хронических запорах профилактическое удаление отростка.

Отличить энтероколит от аппендицита представляет иногда величайшие трудности. Тошнота и рвота, лихорадка, учащение пульса, обложенный язык, вздутие и чувствительность живота наблюдаются при обоих заболеваниях. Так как слепая кишка, как самая широкая часть толстой (объем ее в 4 раза больше всей остальной части толстой кишки) особенно склонна задерживать каловые массы, она и является местом излюбленной локализации воспалительных процессов толстой кишки; это помимо всего делает само собой понятной чувствительность в Mac-Burney'евской точке. Иногда встречается даже такой важный признак, как рефлекторное напряжение брюшных покровов. Язвенные процессы, в особенности в слепой кишке могут поражать,—не вызывая, однако, сколько-нибудь значительных изменений в отростке,—все слои

кишечной стенки вплоть до брюшины, вызывая таким образом рефлекторное напряжение брюшных покровов. И свойства стула (поносы, разложившийся кал с примесью слизи и крови, зловонный запах) также не всегда являются решающими, так как иногда острое воспаление слепой кишки начинается такими же поносами.

Во многих случаях отличие, однако, возможно, в особенности, когда слепая кишка остается до известной степени свободной от изменений. Чувствительность к давлению на большем протяжении, часто вдоль всей толстой кишки, свойства стула, мало нарушенное самочувствие и, наконец, дальнейшее клиническое наблюдение позволяют поставить правильный диагноз. Если случаи, начинавшиеся как колит, через некоторое время обнаруживают признаки гнойного аппендицита — это еще не говорит за ложный диагноз. Возможно, что здесь из безобидного вначале участия червеобразного отростка в общем катарре развилось тяжелое, прогрессирующее воспаление его.

В случаях несомненного колита можно применить предложенное Sonnenburg'ом лечение касторовым маслом, для действительного же аппендицита оно является безусловно опасным. В тяжелых случаях с исключительным или преимущественным поражением слепой кишки следует оперировать и при не вполне уверенном диагнозе. Я, по крайней мере, не рисковал в подобных случаях откладывать операцию. Как легко ошибиться и какие неожиданности можно встретить при запоздалой операции, показывают следующие случаи:

Р., 19, лет мужчина, заболел после погрешности в диете лихорадкой, болями в животе, поносом; на второй день болезни принят в больницу, 39⁰ живот вздут. Чувствительность к давлению на протяжении всей толстой кишки, область слепой кишки слегка болезненна, рефлекторное напряжение отсутствует. Стул — частый, гнилостный, зловонный. Самочувствие хорошее. Несмотря на высокую температуру пульс не чаще 90 ударов в минуту. Диагноз — колит. Я решил выждать. Через несколько дней температура и пульс вернулись к норме, стул обычного характера. К концу первой недели боли ограничивались все больше областью слепой кишки. На 10 день в этом месте ясно прощупывается опухоль. При операции найден воспалительно измененный аппендикс и свежий гнойный очаг величиной, приблизительно, с волошский орех между листками брыжжеечки. Здесь, без сомнения имело место прободение аппендикса.

Трудно с определенностью решить, был ли в этом случае первичный аппендицит, или последний развился вторично на почве колита. Я склонен предположить первое.

Колит может давать очень тяжелые явления, что для детского возраста общеизвестно. Я изложу смертельно протекший случай:

В., шестилетняя девочка, заболела два дня тому назад болями в животе, тошнотой, рвотой, поносом. Я видел ребенка ночью; он производил впечатление тяжело больного, язык сух, температура $39,9^{\circ}$, пульс — 136, живот вздут, на всем протяжении чувствительность к давлению, в особенности также в области слепой кишки; отсутствие припухлости и выраженного рефлекторного напряжения. С определенностью ставить диагноз аппендицита рискованно, но в силу тяжелого состояния больной я не решился выжидать.

Немедленная операция обнаруживает тяжелые изменения слепой кишки, студневидную припухлость всей стенки кишки, имеющей местами неопределенный цвет, отложение фибрина, сильную инфекцию сосудов. В брюшной полости небольшой, мутный выпот, аппендикс, за исключением легкой красноты, без изменений. Аппендектомия, произведенная в течение нескольких минут, остается без всякого влияния на состояние больной. Ребенок, быстро проснувшись после наркоза, проявлял крайнее беспокойство. Через 2 дня после операции — смерть. Секции не было произведено.

В виду важности таких случаев я приведу еще одну историю болезни:

Мужчина, 24 лет, крепкого телосложения заболел два дня тому назад болями в животе, лихорадкой, рвотой, поносом. Температура $38,8^{\circ}$. Пульс — 96, живот вздут, очень чувствителен к давлению и рефлекторно напряжен справа книзу. Нерезкая болезненность при давлении и слева в области S-romatum. Немедленная операция. Предварительный диагноз — гангренозный аппендицит. Червеобразный отросток обращен книзу, свободно смещаем, за исключением незначительного расширения сосудов — без особых изменений. Стенка слепой кишки сильно уплотнена, в некоторых местах неопределенного цвета с отложением фибрина. Незначительный выпот в брюшной полости. Аппендектомия. Через несколько дней явления стихли, наступило выздоровление.

Из приведенных историй болезни видно, как трудно бывает иногда отличить эти тифлоколиты от аппендицита: трудно тем более, что они могут во всякое время вести к самостоятельному тяжелому аппендициту. Мы обязаны Krecke подробным изложением отличительных признаков. Sonnenburg пытался уточнить дифференциальный диагноз подробным исследованием крови. Он находил при тифлоколите лишь незначительные изменения в картине крови по Arneth'y. Я считаю и этот способ недостаточным, хотя и не имею личного опыта; ведь изменения картины крови по Arneth'y являются лишь мерилom тяжести инфекции. Правда, колиты протекают в большинстве случаев легко. Однако, я обращаю внима-

ние на вышеописанный, смертельно закончившийся „случай“, на известные многочисленные смертельные случаи ботулизма, на тяжелые и часто смертельные отравления кишечника в раннем детском возрасте.

Сюда же относятся и нередкие случаи, когда при кишечных катаррах смерть наступает не вследствие отравления, а от перитонита. Мы в настоящее время знаем, что при простом кишечном катаре может возникнуть общее воспаление брюшины без всякой перфорации (перитонит от внедрения токсических продуктов через кишечную стенку). Относительно этого заболевания, где до операции или секции виновником считается большей частью отросток, имеются многочисленные сообщения. Lennander и Nystroem сообщают свыше 14 случаев.

При тифлите встречаются все переходные формы: случаи несомненного простого колита, далее—случаи, где более сильное поражение слепой кишки позволяет предположить аппендицит и, наконец, такие, которые рассматриваются, как несомненное воспаление слепой кишки и где только при операции совершенно неожиданно диагноз оказывается неправильным. Я оставляю нерешенным вопрос, идет ли здесь действительно речь об ограниченном тифлите, или же слепая кишка принимает участие в общем колите. Эта неопределенность объясняется анатомическими соображениями. При операции осматривают через крестообразный разрез, применяемый мною почти во всех случаях, только небольшую часть толстой кишки, обычно — только слепую кишку. Однако, весьма вероятно, что изменения, хоть и не столь выраженные, могут быть найдены во всей остальной части толстой кишки. Судя по подробным наблюдениям Jordan'a, Lick'a, Cordes'a, Rörke, Crämer'a и др. не приходится сомневаться в наличии первоначального острого тифлита. В подобных случаях наблюдались даже смертельные перфорации. Далее, сообщалось о таких случаях, где после удаления отростка приступы повторялись (8 случаев Sonnenburg'a, несколько случаев из Иенской клиники). Я лично располагаю небольшим количеством таких наблюдений.

Вышеизложенное находится в известном противоречии со взглядами, которых придерживаются виднейшие представители хирургии слепой кишки. Дело идет о возрождении, хотя и для ограниченного числа случаев, старого давно заброшенного термина „appendi-

citis stercoralis". Старые врачи понимали этот термин слишком широко и причисляли к этому заболеванию всевозможные поражения нижней области живота (справа), в особенности острый аппендицит. Однако, богатый опыт современной медицины не допускает никакого сомнения в том, что картина тифлита (правильнее, пожалуй, тифлоколита) возникает без всякого участия отростка.

Многие хирурги сочтут воскрешение *Typhlitis stercoralis* регрессом, что, по-моему, однако, совершенно несправедливо. Правда, этим усложняется диагностика и показания к оперативному вмешательству; к тому же и по настоящее время во многих случаях невозможно точно отграничить первичный тифлит от аппендицита. Оставляя в стороне уже упомянутые отличительные признаки, здесь, как и при других заболеваниях будет играть некоторую роль добытый в ранее наблюдавшихся случаях опыт и известное критическое чутье. Не всегда удастся поставить диагноз при первом исследовании; обычно дальнейшее наблюдение выясняет положение в течение нескольких дней. От этого больной не страдает, при само собой понятном условии, что он находится в больничном учреждении, где оперативное вмешательство может быть произведено в любой момент. Я оперировал в угрожающих условиях, даже тогда, когда считал аппендицит мало вероятным. Опасность вмешательства незначительна для больного, если ее сравнить с таковой при запущенном аппендиците.

Для учения о хроническом аппендиците большое значение имеет знакомство с тифлоколитом. Без уяснения этого приступы толкуются часто, как острое воспаление слепой кишки; на этом основании в промежутке между приступами удаляют отросток часто без всякой пользы.

Как тифлоколит, так и *enteritis musco-membranacea* чаще всего неправильно принимаются за приступ острого воспаления слепой кишки и оперируются; еще чаще приводят они к операции в холодном периоде.

Повод к подобным же смещениям дают свинцовые колики и желудочно-кишечные кризы при табесе — и в этих случаях производится операция в виду подозрения на аппендицит (напр., Florand).

Далее, за аппендицит принимается довольно часто опухоль слепой кишки спазматического характера при запорах, в особенности, когда застой каловых масс сопровождается лихорадкой.

Отграниченные заболевания других отделов толстой кишки можно также смешать с острым воспалением слепой кишки. Так, Goeßel оперировал под таким диагнозом трехлетнего мальчика. Червеобразный отросток оказался неизменным; имелся острый сигмоидит.

Совершенно такие же картины, как при тифлоколите встречаются иногда при тифе. И здесь симптомы могут вначале указывать на воспаление нижних отделов живота справа. Лихорадка, боли, чувствительность к давлению позволяют тогда предположить аппендицит. Анатомически это смешение находит объяснение как в болезненной припухлости нижнего отдела тонкой и слепой кишки, так и в увеличении регионарных желез. Всего я до сих пор видел 17 случаев тифа, при котором больные были доставлены мне для операции с диагнозом острого воспаления слепой кишки. В трех случаях я был введен в заблуждение и оперировал. Во всех случаях данные были незначительны: имелось, собственно, только расширение сосудов рядом со старыми изменениями в отростке (сращения, перегибы), в одном случае — стриктура. Только в одном случае слизистая на месте соединения отростка со слепой кишкой была резко покрасневшей и набухшей на протяжении 1,5—3 см. (воспаление, перешедшее со слепой кишки). Незначительность изменений, найденных при операции во всех случаях, озадачивала меня, так как они не соответствовали тяжелым клиническим явлениям. У первой больной температура пала на третий день после операции до нормы, а затем стала снова постепенно повышаться, начиная с пятого дня. Этот случай, как и два других, у которых температура вовсе не повысилась после вмешательства, закончились выздоровлением.

Разобраться в характере заболевания нетрудно, если речь идет, как в моих последних случаях, о свирепствующей эпидемии. В отдельных случаях бывает очень трудно поставить диагноз. Надо помнить, что не только острый аппендицит, но другие заболевания, в данном случае — тиф, могут протекать нетипично.

Так, напр., недавно я видел 19-тилетнего мужчину, который заболел, повидимому, внезапно подъемом температуры до 40°, многократными ознобами, повторной рвотой и поносами. Больной производил впечатление тяжело больного, живот вздут, в нижних отделах сильно чувствителен к давлению. Лечащий врач опасался перитонита и настаивал на операции. Я отклонил ее в виду значительного учащения пульса (даже на четвертый день пульс 80—90 при температуре 40°) и рефлекторного напряжения брюшных покровов. Дальнейшее течение подтвердило диагноз тифа.

Что туберкулез и актиномикоз слепой кишки и брюшины, если они локализируются преимущественно в право-нижнем отделе живота, могут симулировать аппендицит, легко понятно. В особенности легко заподозрить аппендицит при актиномикозе до того момента, пока отсутствует своеобразное прорастание брюшных покровов, фистулезные ходы и т. д. Острое или подострое начало, лихорадка, боли, воспалительная припухлость заставляет все вновь думать о нагноении слепой кишки. О четырех таких случаях я сообщил недавно; с тех пор я наблюдал еще два. Поставить диагноз перед операцией удастся редко. Я лишь два раза мог высказаться за вероятность актиномикоза до вмешательства. Все признаки в начале заболевания в меньшей мере говорят за гнойный аппендицит, а у больных старшего возраста за карциному.

Более редки воспалительные процессы мезентериальных желез в окружности слепой кишки. Подобные случаи, оперированные как аппендицит, были описаны (напр., три случая, оперированные Marchant'ом; отростки здоровы).

Такие же явления, как острое воспаление лимфатических желез, может дать абсцесс m. psoas. И здесь часто оперируют, ставя диагноз аппендицита. Даже простые нагноения брюшных покровов и натечные абсцессы туберкулезного происхождения принимаются за перитифлический абсцесс.

О псевдоаппендиците, вызванном круглыми глистами, сообщалось уже много раз (Boroni и Cinaglia сообщают по одному оперированному случаю). Затем много писалось о значении охуурис. Как известно, их находят чрезвычайно часто в червеобразном отростке (напр., Rheindorf у детей в 50%, взрослых 32%, Aschoff в 78 отростках—14 раз, т.-е. 11%). В то время, как одни авторы считают паразитов этиологическим моментом острого аппендицита, другие, в особенности, Aschoff не придают им в этом отношении значения. Я же считаю, что охуурис могут вызывать известные явления раздражения, заставляющие предполагать аппендицит. Боли при так называемом хроническом воспалении слепой кишки можно, несомненно, еще чаще свести к состоянию раздражения, вызванному паразитами (Appendicopathia oxyurica, Pseudo-appendicitis ex oxyure; Aschoff). И после аппендектомии наблюдались в дальнейшем приступы колик, которые должны быть отнесены за счет имеющейся еще глистной инфекции в кишке (Rhein-

dorf). Другие кишечные паразиты, как *T. Taenia* и *Trichoscephalus dispar*, также могут давать повод к коликообразным болям, наводящим на мысль об аппендиците.

Аппендицит симулируется не только заболеваниями органов брюшной полости, но и отдаленные органы могут давать повод к ошибочному диагнозу. Важную роль играет в таких случаях пневмония детского возраста; правильное суждение в этих случаях бывает очень затруднительно. Колющие боли в боку при пневмонии ощущаются и внизу живота справа; следовательно, мы здесь видим иррадиацию болей из межреберных нервов в брюшные. Лихорадка, рвота, боли в илеоцекальной области, иногда даже рефлекторное напряжение брюшных покровов — говорят в пользу заболевания червеобразного отростка. Особенно легко ошибиться, если местные симптомы воспаления легких, напр., при глубоком лежащем поражении, выявляются лишь через несколько дней.

Melchior в подробной работе сопоставил все достойное внимания об отличительных признаках при этих заболеваниях. Он собрал из литературы 10 случаев, при которых оперировали по ошибке (аппендектомия); из них двое больных умерло. Нужно еще заметить, что левосторонние пневмонии — Melchior приводит 2 случая — могут вызывать боли в илеоцекальной области. Я приведу вкратце один случай из собственных наблюдений:

Мальчик 14 лет заболел 4 дня тому назад болями в животе, особенно справа внизу, лихорадкой, тошнотой и рвотой. Больной был направлен врачами в клинику для операции слепой кишки. Т. 39,6, пульс 120. Лицо красное, живот не вздут, но как-будто болезнен при давлении справа внизу и рефлекторно напряжен. При повторном исследовании, однако, если удавалось отвлечь внимание больного, область слепой кишки оказывалась свободной. Притупление и хрипы в левой нижней доле легкого; легкий кашель отсутствие мокроты. Температура падает очень медленно. Присоединившееся на 10 день левостороннее воспаление плевры потребовало применения пункции. Было удалено больше литра серозной жидкости после чего температура окончательно пала.

Как пневмонии (в половине случаев это пневмонии верхней доли легкого), так и бронхопневмонии, плевриты, в особенности *Pleuritis diaphragmatica* и эмпиэмы могут симулировать аппендицит.

Подозрение на псевдоаппендицит базируется и здесь на несоответствии между тяжелой картиной болезни и незначительностью местных данных. Однако, бывают случаи, когда оба заболевания —

пневмония и аппендицит — встречаются одновременно. Ferrère, Tolken, Küttner сообщали о подобных случаях.

Что при заболеваниях органов грудной полости могут возникать симптомы, симулирующие заболевание брюшной — мы как раз видели из многочисленных наблюдений на войне. Часто огнестрельные ранения легких или плевры принимались за повреждение брюшных внутренностей, пока операция или секция не обнаруживали интактности брюшной полости и ее содержимого. Даже столь знаменательный и своеобразный симптом, как рефлекторное напряжение брюшных покровов многократно описан при чистых ранениях грудной клетки.

Появление симптомов со стороны полости живота мы объясняли здесь раздражением межреберных нервов и передачей его на люмбальные, на п. ileo-inguinalis и п. ileo-hypogastricus. Повышенная чувствительность не всегда ограничена кожей (поверхностные и глубокие зоны Head'a).

При пневмонии чувствительность к давлению, напряжение брюшных покровов, рвоты проходят в течение нескольких дней. При поражении легкого с длительными тяжелыми последующими явлениями боли держатся иногда очень долго.

В редких случаях с хронические заболевания легких могут симулировать воспаление слепой кишки. Schnitzler сообщает об ошибочном диагнозе аппендицита в случаях начального туберкулеза легких. Передаю собственное наблюдение:

Мужчина 44 лет был передан мне для операции лечащим врачом в виду подозрения на перитонит. Заболел два дня тому назад лихорадкой, болями в животе, тошнотой. Больной сильно истощен, температура около 39°, пульс 96 — 100 ударов. Живот вздут, чувствителен к давлению, в особенности в тазовой области справа; выраженное напряжение мышц отсутствует. Так как после двухдневного выжидания состояние не улучшилось, была произведена операция. Червеобразный отросток, помимо имеющихся в нем хронических изменений, слегка инъецирован. Температура и самочувствие остаются без изменений. Через две недели медленное падение температуры, остаются лишь небольшие повышения по вечерам. Питание и силы больного остаются все время в плохом состоянии. Снимок органов грудной клетки обнаружил через 4 недели после начала заболевания тяжелый туберкулезный процесс всей средней доли правого легкого. Больной направляется в санаторий; дальнейшие сведения говорят, что туберкулез быстро прогрессировал.

Я понимаю этот случай так, что остро начавшийся туберкулез или обострение до того времени латентно протекавшего легочного

страдания благодаря переходу на плевру и межреберные нервы вызвал брюшные симптомы.

Мы часто находим данные об ошибочном диагнозе аппендицита при острых инфекционных заболеваниях, в особенности при остром суставном ревматизме. Боли вызываются в таких случаях невритом (нижние межреберные нервы, поясничные, *ileoinguinale* *ileo-hypogastrica*). Другие авторы сообщают об ошибочных диагнозах и операциях при мускульном ревматизме и неврите. Condamin и Verron описали случай с болями в области червеобразного отростка при сифилисе. Коликообразные боли при обызвествлении артерий нередко симулировали аппендицит и даже приводили к безрезультатным операциям; причина—склероз артерий *mesaraica*. Оперировали и при Адиссоновой болезни, предполагая острый аппендицит.

Francke в своей ценной работе обратил внимание на невриты, которые появляются в течение перенесенной инфлуэнцы или после нее и легко симулируют аппендицит. Заболевание (неврит *pervi* *ileo-inguinali*) сопровождается высокой температурой и болями в нижней части живота. Опознавательным признаком является повышенная чувствительность кожи, отсутствие воспалительного припухания и напряжения брюшных покровов. Эти явления легко проходят при лечении фенацетином. Gräfenberg сообщил об одном случае с повышенной температурой в течение пяти дней, который был принят за воспаление слепой; только операция обнаружила ошибку. Henson наблюдал острый приступ малярии со всеми признаками острого аппендицита, где только дальнейшее наблюдение выяснило истинное положение дела.

Повторяю, что изложенное выше не претендует на полноту, однако доказывает, что врач, обладающий некоторым опытом, может избежать большинства ошибок при внимательном исследовании и вдумчивом отношении к больному.

Только в исключительных случаях состояние больного требует немедленного вмешательства. В легких же случаях при сомнительном диагнозе можно выжидать. Всякое сколько-нибудь значительное воспаление слепой кишки своевременно выявляется. Нет основания думать, что из подобного выжидания (само собой понятно, — при постоянном наблюдении) могла бы возникнуть опасность для жизни и здоровья больного. По крайней мере среди

многочисленных наблюдений я не видел ни одного, где был бы нанесен вред больному из-за произведенной или запоздалой операции; то же наблюдали, вероятно, и другие хирурги. Я безусловно предпочитаю такую выжидательную позицию операции без разбора.

Особой осторожности в постановке диагноза и показаний к оперативному вмешательству требуют случаи, где нет соответствия между местными данными и состоянием больного. Мы видели при псевдоаппендиците и при воспалении легких, что здесь тяжелое состояние больного при незначительных местных данных должно возбудить сомнение в правильности диагноза. И, наоборот, при нормальной температуре, правильном пульсе и хорошем самочувствии больного, несмотря на боли справа в нижнем отделе живота — при отсутствии каких-либо других изменений следует усумниться в диагнозе „аппендицит“ и, если только обстоятельства не вынуждают к операции — спокойно выжидать. Я знаю определенно, что мне снова будет указано на случаи гангренозного аппендицита, протекающие без температуры и учащения пульса. Правда, такие случаи встречаются так же, как и общее гнойное воспаление брюшины при нормальной температуре и едва ускоренном пульсе. Часто при этом речь идет о больных, у которых лихорадочный период уже закончился. Признавая здесь, напр., катарр желудочно-кишечного тракта, больных вначале лечат, как таковых, а в больницу они попадают позже, уже в безлихорадочном периоде. Подобные случаи, однако, являются лишь исключением. В общем, по-моему, лучше (для целей практических) придерживаться такого взгляда, что всякое, сколько-нибудь значительное воспаление слепой кишки сопровождается повышением температуры (Sprengel).

В. ХРОНИЧЕСКИЙ ПСЕВДОАППЕНДИЦИТ

В случаях острых заболеваний, разобранных до сих пор, следует, подходя строго, говорить скорее об ошибочном диагнозе, нежели о псевдоаппендиците. Областью псевдоаппендицита является так называемое хроническое воспаление слепой кишки. Мы должны здесь строго различать две группы: во-первых, рецидивирующий хронический аппендицит, во-вторых, собственно хрониче-

ский аппендицит, протекающий без приступов (Klemm). К первой группе относятся две формы заболеваний: все вновь повторяющиеся острые приступы и постоянные боли после одного или многократных острых приступов.

Учение о хроническом аппендиците прошло ряд этапов. Анатомически признанное некоторыми авторами (Riedel, Ribbert, Oberndorfer, Faber), оно другими, главным образом, Aschoff'ом и его школой отвергается. По мнению Aschoff'a не существует первоначального хронического аппендицита, а только следы перенесенного острого воспаления. Последние, правда, часто не вызывали клинических явлений. Подобные же противоречия встречаются и в суждениях клиницистов. Rovsing, v. Haberer предполагают существование первичного хронического аппендицита, Sprengel считает его последствием острого воспаления. Как бы то ни было, оперативные результаты при хроническом аппендиците без припадков не таковы, как ожидали в первое время всеобщего увлечения. Долгое время казалось, что червеобразный отросток является и в хронических случаях одной из наиважнейших причин заболеваний. Удаление его должно было устранить не только боли в правом, нижнем отделе живота, но также излечить многие упорные заболевания отдаленных органов: хронический катарр кишечника, страдания желудка (повышенная кислотность, диспепсия, пилороспазм), затем воспаление седалищного нерва, *tic douloureux*, вагинизм, дисменоррея, ночное недержание мочи, рецидивирующую задержку мочи, в отдельных случаях даже эпилепсию. Особенно большое усердие проявляли французские врачи, открывая все новые формы хронического аппендицита: форма гастрическая, кишечная, панкреатическая, печеночная, легочная, астматическая, пузырная, почечная, нервная и т. д.

В литературе — достаточно указать на подробную работу Colley — приведены прямо таки фантастические формы заболевания, в основе которых якобы лежала исключительная причина — хронический аппендицит. Если бы углубиться в изучение этих работ, в изобилие приведенного там материала, то нужно было бы прийти к заключению, что при очень многих и разнообразных заболеваниях, не поддающихся нашему лечению, следовало бы первым делом удалить червеобразный отросток. И на самом деле, ряд хирургов, по крайней мере временно, приходили к такому заключению.

В случаях операции хронического аппендицита при виде маленького сморщенного червеобразного отростка казалось странным, как этот чахлый, как-будто пассивный, находящийся в состоянии обратного развития орган может быть причиной таких тяжелых явлений, как токсикэмии, криптогенные пиэмии, тяжелые рефлекторные изменения в отдаленных органах и т. д. Однако, приходилось соглашаться во имя науки. Как ни неприятно, однако, приходилось убеждаться в том, что целый ряд больных, несмотря на гладко протекающую операцию и заживление раны не освобождались от болей, но оставались при старых жалобах и после удаления отростка. Это часто относилось именно к тем случаям, где диагноз хронического аппендицита казался несомненным и где при операции, действительно, находили измененный отросток (сращения, перегиб, сужение просвета и т. д.). Как же это понять? Одни предполагали, что многолетнее хроническое заболевание червеобразного отростка вызвало уже столь тяжелое нарушение, что удаление органа оставалось безрезультатно. Или же считали больных (в большинстве случаев это были женщины) истеричными. Наконец, многие хирурги считали сращения причиной продолжающихся болей. Последние, якобы, уже существовали еще до операции — в этом считали виновным преимущественно яичник. Станным, однако, должно было показаться, что именно после этих простых, гладко протекавших операций так часто оставались сращения. Как редко встречаются после операции острого аппендицита такие боли! А именно здесь вследствие обширной тампонады, продолжительного нагноения, должны были бы обязательно образоваться сращения. Melchior наблюдал после операции, произведенной действительно, в холодном периоде (первоначально острый случай) в 4% случаев боли от сращений. Какие обширные и плотные спайки приходится нам видеть, напр., при операциях в случае последующих брюшных грыж. Однако, нельзя сказать, чтобы эти больные особенно страдали от этих сращений.

После бесполезного вторичного вмешательства хирурга оставалось еще одно объяснение неудачи — истерия. Действительно, многие из этих больных нервны, чему не приходится удивляться, если принять во внимание продолжительность болей и бесполезность оперативных вмешательств; явные же истерические признаки у них отсутствуют. Остается, наконец, еще одно — это сомнение в пра-

вильности нашего диагноза. Можно ли в действительности считать в таких случаях причиной болей отросток? Достаточны ли наши клинические методы исследования для обоснования диагноза хронического аппендицита? Сомнения на этот счет возникали уже не раз у многих хирургов. Так, Küttner выражает свое удивление по поводу того, что он, прооперировавши 5 больных и получив возможность вновь исследовать их, не нашел никаких изменений в характере жалоб.

К сожалению, имеется лишь немного безупречных сообщений о результатах операции при хроническом аппендиците. Часто неудачи вообще не публикуются, к тому же большинство цифровых данных страдает отсутствием резкого разграничения между хроническим рецидивирующим аппендицитом и хроническим аппендицитом, протекающим без приступов.

Melchior и Loeser в 1912 г. в подробной работе собрали все известные до того времени данные. Из них видно, что успех чрезвычайно сильно колебался.

Отдельные хирурги, как Sonnenburg (2.000 оперированных случаев), братья Moschcowitz, затем Bégonin, Menny, Wette, Vanverts, Phocas почти не видели неудачных случаев.

Delagènière из 320 находил у 230 непосредственное излечение, у 64 излечение после четырехмесячного лечения. Из остальных 26 случаев 17 вылилось терапевтическими средствами, 9 (т. е. менее 3%) остались неизлеченными.

Walther произвел в течение 10 лет 651 таких операций. Из них у 581 боли почти совершенно исчезли (оставалась чувствительность кишечника), у 65 осталась нарушенной работа кишечника, у 44 колит, у 20 боли, у 5 не наступало улучшения.

Forgue сообщил о 120 случаях, из них 30 совершенно излечились.

Peterson оперировал 24 случая гастрической формы заболевания, из них 17 излечений, 3—улучшения, 4—без перемен.

Другие авторы наблюдали гораздо худшие результаты:

Roux исследовал после операции 38 больных: у 2% наступило либо излечение либо существенное улучшение, у 13 состояние осталось без изменения.

Fischl исследовал 5 больных, оперированных Sonnenburg'ом, и у всех наблюдал местные боли, пониженное питание, нарушение деятельности кишечника.

Treves наблюдал 45 случаев, оперированных разными хирургами; все более или менее безуспешно.

Melchior и Loeser из Бреславльской клиники (Küttner) приводят цифры 370 операций, произведенных по поводу чисто хронического аппендицита: о 120 сведений нет, от остальных 216 получены. Из них 130—60%—совершенно или почти вылечены, 86—40%—жаловались в общем на те же боли, как и до операции.

Я хотел бы к этой сводке прибавить еще несколько цифр:

Von Haberer устанавливает 41,6% неудачных операций; однако, его цифры нельзя принять без оговорки, так как он не разграничивает рецидивирующий аппендицит (операции в холодном периоде) от хронического аппендицита, протекающего без приступов.

Koch при анкетном обследовании 200 больных, оперированных по поводу хронического перитонита получил 100 ответов; из последних 18, т. е. 15,8% имели те же жалобы, что и до операции.

Kreske на 70 случаев (с ясными изменениями червеобразного отростка в 21 случае—30%) наблюдал неуспешность оперативного вмешательства.

Lieben (клиника Hochenegg'a) исследовал 19 оперированных, у которых до операции не было острого приступа: у 6—непосредственное излечение, у 10—страдания больного исчезали постепенно, 3 не излечились.

Connel оперировал 202 случая хронического аппендицита; у 87 больных—41%—боли не исчезли.

Gröndahl приводит среди 170 оперированных 62,9% излечения, 12,3% заметного улучшения, 18,8% нерезкого улучшения и 5,8% никаких изменений.

Что касается моих собственных цифр, то из 180 оперированных мною по поводу хронического аппендицита без приступов, я мог вторично исследовать впоследствии 112. Свыше, чем в $\frac{1}{3}$ случаев и после операции наблюдались также боли.

Неудачные результаты колеблются между 0 и 100%. Как можно себе объяснить эти столь резко расходящиеся цифры? Если обратиться к причинам этого, то найдем вину как со стороны врача, так и со стороны больного. Взгляды и темперамент отдельных хирургов чрезвычайно различны; один врач причисляет больного к выздоровевшим уже на основании того, что он перенес операцию, другой прислушивается более или менее вдумчиво к жалобам пациентов. А так как жалобы больных именно при хроническом аппендиците многочисленны и в своей силе и продолжительности весьма различны, то индивидуальному суждению врача („почти выздоровел“, „заметное улучшение“, „улучшение“) дается большой простор. Среди оперированных больных есть значительное число таких, основной болезнью которых является боязнь заболеть воспалением слепой кишки. У других же прежние боли продолжают, но они из чувства благодарности не хотят тревожить занятого врача своими жалобами. Мне часто приходится слышать со стороны,—напр., от сестер клиники,—что та или иная больная, которую я оперировал по случаю воспаления слепой кишки и не задумываясь причислял к категории выздоровевших, и после операции как и до нее страдает теми же болями, но не хочет тревожить

меня жалобами на свои „нервные“ ощущения. Ряд больных обращается в таких случаях к другому врачу, так что хирург и не узнает о безуспешности своего вмешательства.

Недостаточно, однако, причислять к ошибочным диагнозам только те случаи, при которых несмотря на удаление червеобразного отростка боли остались. И среди выздоровевших имеется целый ряд больных, напр., у Melchior'a 4%, у которых удаленный отросток оказался макро- и микроскопически совершенно здоровым. Также и в вышеупомянутых 19 случаях Liebens'a (с 16 выздоровлениями) удаленный отросток был совершенно здоров или лишь несколько изменен. Здесь, без сомнения, имеется и ряд чисто психологических выздоровлений. Такие выздоровления признает и Krescke. Он опросил тех больных, подвергшихся аппендектомии, у которых червеобразный отросток оказался макро- и микроскопически совершенно здоровым. Со времени операции прошел минимум год. Получено было 20 ответов; из них было 17 от оперированных больных — 85% — совершенно или почти совершенно без всяких жалоб в дальнейшем. Некоторые высказывались прямо восторженно, что только после операции они снова почувствовали себя нормальными людьми.

Даже если на червеобразном отростке констатируются изменения, то и тогда их нельзя, как видно будет из дальнейшего, ставить в причинную связь с наблюдаемыми клинически болями. Никто не может сказать нам, как велико число психологических излечений. Я еще в дальнейшем останавлиюсь более подробно на этом важном пункте.

Много писали о причинной связи различных заболеваний с хроническим воспалением слепой кишки. Зачастую хроническая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, затем желчно-каменные заболевания могут быть приняты за хронический аппендицит. С другой стороны, наоборот, некоторые изменения органов приводили якобы всегда к хроническому аппендициту, например, по Edebohes'у, блуждающая почка не менее чем в 80—90%. Подобная зависимость усматривалась, естественно, и при других изменениях отростка. Так, напр., Klose думает, что обычное перекашивание подвижной слепой кишки может вести к правосторонней блуждающей почке и пиелонефриту. Он лечит опущение внутренностей фиксацией слепой кишки. При чрезвычайной частоте хронических

изменений червеобразного отростка, естественно, легко расширить круг заболеваний органов, стоящих якобы в связи с ним. Если бы, напр., врач вздумал изучить связь между хроническим аппендицитом и карциномой грудной железы, то он, действительно, согласно цифрам Aschoff'a нашел бы, по всей вероятности, у 60—70% раковых больных одновременно и хроническое воспаление слепой кишки. По моему мнению, приходится при современном состоянии знаний сильно усумниться в правильности таких заключений. Нет ли здесь переоценки фактов, как это часто бывает в настоящее время общего увлечения слепой кишкой?

Rauchet считает диагноз „хронический аппендицит“ в $\frac{4}{5}$ всех случаев ошибочным. И тот, кому этот процент покажется слишком высоким, все таки должен согласиться, что именно при этом страдании следует подвергнуть критике диагностические признаки. Вывод из этих, еще недостаточно выясненных соотношений был некоторыми хирургами сделан уже давно. Так, Küttner пишет, что он на основании собственных наблюдений стал более сдержанным в отношении операции при хроническом аппендиците. Körte на хирургическом конгрессе в 1911 г. заявил, что он оперирует в интервале только тогда, если он сам или врач, пользующийся его полным доверием, до этого с несомненностью наблюдал острый приступ. Правда, прибавляет он, на этом многие больные не успокаиваются; женщины (очевидно, он с таковыми имел преимущественно дело) обращаются в таких случаях к гинекологам, которые часто находят сращения между отростком и яичником и удаляют один или оба органа. Такой же точки зрения, как Körte придерживаются Moran, Dieulafoy, Quénu.

Как мы ставили диагноз хронического аппендицита? Больной на приеме жалуется на боли в животе, особенно справа, появляющиеся приступами или постоянно, далее, на общее недомогание: плохой аппетит, ощущение полноты, диспепсию, пониженное питание. Настоящего приступа воспаления слепой кишки (лихорадка, рвота, длительное постельное содержание) не наблюдалось. Исследование обнаруживает выраженную чувствительность в области слепой кишки, иногда еще и вздутие ее и положительный Rovsing. Следовательно, диагноз — хронический аппендицит; терапия — операция.

Я слышу возражение, что подобным поверхностным исследованием добросовестный врач не удовлетворяется. Но что можно к

этому прибавить? По Dreyer'у вздутие слепой кишки такой же ненадежный признак, как и симптом Rovsing'a. При многочисленных заболеваниях, не имеющих ничего общего с червеобразным отростком, вздутие слепой кишки может вызывать боли в нижней части живота справа. Затем идет пальпация самого отростка. Иногда приходится читать при этом прямо таки чудеса! Говоря это, я думаю об одной работе интерниста, который изучал связь между язвой желудка и хроническим воспалением слепой кишки. Автор этот прощупывал почти всякий отросток: расположенный косо через слепую кишку, за слепой кишкой, направленный к печени, внутри от нее, вдоль psoas и т. д.

Klemm в свою очередь сообщает, что при простом аппендиците без приступов часто прощупывается червеобразный отросток, как твердое, болезненное тело. Jaloguir'у однажды удалось прощупать червеобразный отросток, который при пальпации становился явно тверже (эрекция). Другому врачу (Burgul) удалось даже путем пальпации удалить из отростка камешек.

Мне лично пальпация причиняла до сих пор лишь разочарование. Там, где мне казалось, что я прощупываю отросток, произведенная потом операция показывала, что прощупывавшееся тело соответствует не отростку, но слепой кишке или еще чаще *pars coecalis ilei*. Возможно, что здесь могла придти на помощь методическая и глубокая пальпация по Наумманн'у. Однако, последний сам отмечает, что даже при виртуознейшей технике и самом тщательном и терпеливом исследовании отросток прощупывался только в 12—15%; причем часть из них была несомненно больна, другая—здорова. Сказанное о пальпации червеобразного отростка может быть отнесено и к вопросу об обнаружении „сращений“: несогласованность указаний, частые случаи самообмана. Для диагностических целей можно пока в нашей повседневной работе обойтись без этого способа.

Так же обстоит дело и с рентгеновским исследованием отростка после приема контрастного вещества несмотря на то, что по данным некоторых авторов (Case, Quimbi, George, Gerber) удавалось на основании перегиба, смещения и неподвижности отростка поставить диагноз хронического аппендицита в 70%. Из дальнейших признаков следует еще упомянуть: незначительное повышение температуры, разница температуры в подмышечной впа-

дине и в прямой кишке (Boas). Признаки эти не всегда вполне надежны.

Боли при известных движениях, напр., при восхождении на лестницу не говорят с определенностью за хроническое воспаление слепой кишки; они наблюдаются также и при висцеральной невралгии.

Вздутие слепой кишки, симптом воздушной подушки (Luftkissensymptom Klemm'a) рассматривается часто, как признак хронического воспаления слепой кишки, частью, как самостоятельное заболевание (подвижная слепая кишка Typhlotonie, Distentio coeci и т. д.).

Из вышеупомянутых признаков наиболее ценный — болезненность при давлении в Mac-Burney'евской точке. Hausmann говорит об этом так: „и в настоящее время еще случается, что диагноз „аппендицит“ зарождается часто в воображении врача, возникает без логических оснований, из подсознания в тех случаях, когда констатируется болезненность в Mac-Burney'евской точке. Однако, следует помнить, что эта точка в настоящее время много утратила в своем значении. Нам известно, в каких широких границах колеблется положение слепой кишки и тем самым и положение отростка. Геометрически установленная точка не может быть отнесена без разбора к органам со столь различным расположением“. Mac-Burney'евская точка болезненна также и в тех случаях, когда при операции обнаруживается смещенная к печени или к тазу слепая кишка (Silhol); Mac-Burney'евская точка болезненна даже при слепой кишке (situs inversus), расположенной слева. Боли при давлении могут остаться также и после удаления отростка (Boas, Korach); следовательно, лучше говорить о чувствительности в области слепой кишки.

Боли от давления могут быть поверхностными (повышенная чувствительность кожи, болезненные заболевания брюшных покровов, нервов и т. д.) и глубокими (гиперестезические зоны Head'a и Mackenzie). Оценка и в этих случаях колеблется чрезвычайно. Болезненность якобы характерна для висцеральной невралгии (Nothnagel, Küttner), но по Boas'у встречается особенно часто именно при хроническом аппендиците.

Благодаря исследованиям Lennander'a и других нам известно, что брюшные внутренности сами по себе лишены болевой чувствительности. Lennander относит ощущения от давления в глубине

к воспалению лимфатических сосудов задней брюшной стенки. К тому же приходится принять еще во внимание чрезмерную чувствительность нервных сплетений этой области (Buch, Kelling, Hausmann). Заболевания многих органов — я указываю при этом на первую часть моей работы — способствуют усилению этой чувствительности к давлению. Некоторые авторы придерживаются того взгляда, что и у совершенно здоровых людей илеоцекальная область может быть чувствительна к давлению. Я наминаю известные цифры Treves-Kelth'a: из 27 здоровых медиков не менее, чем у 24 обнаружена чувствительность в Mac-Burney'евской точке. Mac-Burney'евская точка совпадает часто с болью от надавливания, которую мы обозначаем, как овариальную (Charcot). Наличие болезненной точки, однако, еще не доказывает ни заболевания отростка, ни яичника.

Из вышесказанного вытекает, что болезненность при давлении правой нижней области живота нужно оценивать с осторожностью. Один этот признак недостаточен для диагностики и установления показаний к операции хронического аппендицита. „Слепая вера в диагностическое значение Mac-Burney'евской точки приводит к бесчисленному количеству ненужных аппендектомий“ (Hausmann).

Предположим, что диагноз хронического аппендицита поставлен более или менее обоснованно; аппендектомия в таких случаях рекомендуется; на операции, действительно, часто обнаруживаются изменения отростка: перегибы, сращения, сужения просвета, ограниченные утолщения, каловые камни и т. д. Однако, не менее часто не обнаруживается ничего, ни малейших видимых изменений. Wilms на конгрессе хирургов в 1911 г. приводил, что у 30% больных, оперированных по поводу хронического аппендицита, обнаруживали макроскопически совершенно здоровый отросток. Тогда хирург как перед своей совестью, так и перед присутствующими на операции находится в некотором затруднении. Правда, он знает, что острое, клинически несомненное воспаление слепой кишки может быть излечено, не оставляя видимых грубых изменений. Но в подобных случаях ведь не предшествовал острый приступ, следовательно, нужно искать другие причины, чтобы дать ответ на вопрошающие взгляды ассистентов и выдержать собственную критику. Если нет никаких следов сращений, изменений формы, то во многих случаях приходит на помощь необычайная длина червеоб-

разного отростка. Мы все же знаем, что длина отростка, как и размеры других органов, сильно колеблется, и это само по себе еще не представляет болезненных изменений. То же относится и к незначительному расширению сосудов, которое часто появляется только в течение или вследствие операции.

Некоторую уверенность могут дать результаты произведенных микроскопических исследований. По Aschoff'у 60-70% всех людей в старческом возрасте, по другим авторам (Marcland, Kukula) почти в 100% встречаются хронические изменения воспалительного характера в отростке. Oberndorfer и Henke также приходят к заключению, что нормальные отростки представляют чрезвычайную редкость в престарелом возрасте. Sonnenburg говорит, что после сорокалетнего возраста лишь немногие имеют совершенно здоровый отросток. Cornil обнаруживал такого рода изменения почти во всех без исключения случаях, где он исследовал червеобразные отростки, удаленные случайно во время других операций. Herms встречал их при гинекологических операциях в 53%.

Однако, изменения часто столь незначительны и такие давние, что все же трудно связать с ними значительные жалобы, существовавшие до последнего момента и в конце-концов приведшие к операции. Иногда получается впечатление, что описанные изменения, как и очажки лимфоцитов, еще не переходят за пределы нормы. Orth указал на то, как различно бывает количество лимфатической ткани в отростке. Ribbert, Zuckerkondl, Sundsuki видят в описанных изменениях часто только выражение физиологического обратного развития. Dieulafoy высказался особенно резко против такого „микроскопического аппендицита“.

Следовательно, вопрос остается еще не вполне решенным. Добросовестный хирург часто считает впоследствии операцию излишней, особенно, когда боли после вмешательства не уменьшились, как это, к сожалению, нередко имело место.

Если клинические жалобы нельзя было объяснить наблюдавшимися хроническими изменениями стенки слепой кишки, то, быть может, вина была в механических причинах, т. е. в неправильном расположении отростка. Nochenegg, который склонен хронические боли в нижнем отделе живота справа приписывать в первую очередь отростку, различает пять выраженных изменений положения его. Каждое из них может вести в зависимости от наполнения

слепой кишки к дерганью отростка и тем самым—к болям. Против этого следует, однако, возразить, что неоднократно находят ненормальное положение отростка (напр., субсерозная фиксация его) совершенно случайно при других операциях в брюшной полости, между тем пациенты никогда на боли не жаловались. И, наоборот, как часто остаются боли и после удаления отростка!

Следовательно, отмечающиеся в червеобразном отростке изменения также недостаточно объясняют картину болезни. Этим считали раньше область учения о червеобразном отростке истощенной. Теперь стали искать возможные причины болей в окружности отростка. Lane в 1909 г. указал на то, что соединительно-тканые листки простираются между нижней поверхностью ileum и слепой кишкой и могут вести к перегибам (flexura ilei), Jackson (1908 г.) показал, что нередко нежные плоскостные пленки налегают на переднюю стенку слепой кишки. Такие сращения были описаны уже Rokitsansky и Virchow'ым, позже Nothnagel, Gersuny, Riedel, Bittorf, Hofmeister, Klemm, Payer, Stierlin, Vorderbrügge и др., а также французскими врачами (Glenard, Tavel, Duval, Roux, Delbet). Данные о частоте сращений колеблются. Molisson и Cameron нашли их 15 раз при 50 аутопсиях, Alglave 25 раз при 250. Summers, наконец, находил их у каждого больного как справа, так и слева и смотрит на них как на полезные образования, поддерживающие кишку.

Вопрос о происхождении и клиническом значении сращений вызывает горячие споры. Некоторые исследователи считают их врожденными, большинство — результатом острых и хронических воспалений. Так же колеблется и клиническая оценка. Molisson и Cameron не придают им никакого значения: Blake и Summers считают их нормальными образованиями. Но большинство авторов все же видит в сращениях причину многих болей, которые часто сопровождают клиническую картину так наз. хронического аппендицита. Так же различны и способы лечения: начиная с простого рассечения тяжей, соесорепхия, соесореплеcatio, ileocolostomie, typhlo-transversotomie, кончая обширной резекцией толстой кишки. Едва ли нужно добавлять, что такие же противоречия встречаются и при оценке оперативных результатов. Одни находят блестящие результаты, другие считают названные вмешательства излишними и бесполезными.

Сращения определенного типа являются сравнительно редкими находками, т. е. редки по сравнению с многочисленными операциями по поводу „хронического воспаления слепой кишки“. Все вновь хирург стоял перед загадкой, не будучи в состоянии объяснить себе, как такие на вид безобидные изменения именно здесь вызывают тяжелые явления и, к сожалению, снова должен был убеждаться в том, что несмотря на рассечение тяжей, на удаление червеобразного отростка, на выключение и иссечение части кишки, боли довольно часто остаются. Поэтому многие хирурги облегченно вздохнули, когда Wilms в 1908 г. и независимо от него школа Rehn'a (Klose) выдвинули свое учение о „Coesum mobile“ (Hausmann первый уже в 1904 г. описал клиническую картину подвижной слепой кишки). В 40 случаях, где и удаление отростка не устранило болей, Wilms обнаружил болезненно-подвижную слепую кишку и этим отклонением от нормы объяснял боли. Фиксация слепой кишки в одном из карманов брюшины (Wilms) или пришивание всей восходящей петли толстой кишки вдоль переднего тяжа (Klose) дало поразительно хорошие результаты. Жалобы, трактовавшиеся, как хронический аппендицит, боли от сращений, блуждающая почка, нашли себе объяснение в растяжении наполненной подвижной слепой кишки на брыжжейке или в привычном перекручивании подвижной слепой кишки (Klose).

Учение о coesum mobile, хотя и вызывало сомнения и возражения (см. заседания Немецкого хирургического общества за 1911 г.), многими авторами было встречено все таки с большим удовлетворением. Причина ясна. Как раз в тех случаях, в которых, как указано выше, хирург до того стоял в недоуменном смущении перед вскрытой брюшной полостью, оперативные показания оказались оправданными, так как подвижная слепая кишка встречается чрезвычайно часто. Правда, по Quervain'у подвижная слепая кишка встречается только у 10% всех людей. Dreyer, однако, при исследовании женских трупов нашел подвижную слепую кишку в 67%. Другие приводят еще значительно более высокие цифры: Engel—70%, Gegenbauer и Meckel—90%.

Если раньше признавали подвижную слепую кишку только тогда, когда этот участок кишки легко извлекался через разрез в брюшной стенке, то исследования Hausmann'a обнаружили подвижную слепую кишку и тогда, когда ее нельзя было извлечь. При

длинной брыжжейке восходящей толстой кишки и flexura hepatica, слепая кишка при неудлиненной Mesosoeum может поворачиваться вокруг своей точки прикрепления как вокруг воображаемой оси: форма соесум mobile кишки от перекручивания. Длинный свободно передвигающийся червеобразный отросток я наравне со многими другими хирургами, рассматривал, как здоровый, Signozì выяснил, что именно необычайно длинный отросток, избыточная сосудами брыжжейка принадлежат анатомической картине соесум mobile. Если же, наоборот, находят короткую сморщенную брыжжеечку, то и таковая может быть использована, как симптом: короткая брыжжейка вызывает боли вследствие дергания (Wilms).

Другими словами, хирург, который хоть несколько знаком со специальной литературой, не может в настоящее время испытывать затруднения, когда ему приходится оправдать оперативное вмешательство в случаях с совершенно здоровым отростком.

Излишнее усердие проявлялось в изучении эмбриологии и анатомии для обоснования и развития учения о соесум mobile. По моему, это учение, по крайней мере в части, касающейся клиники, неверно и возникало на почве слишком косного хирургического мышления.

Многие, действительно, вскоре уяснили себе, что одной соесум mobile недостаточно для объяснения жалоб. Иначе ведь должны были страдать этой болезнью по меньшей мере 10% людей, в то время как в действительности она встречается у очень немногих. К этому следует еще прибавить следующее обстоятельство. Wilms видел вызывающую причину в запорах, Klose в привычном перекручивании подвижной слепой кишки и в нарушении тонуса брюшных покровов. По Fischler'у отграниченные катарры слепой кишки ведут к ослаблению стенки с расширением ее. На основании тщательно наблюдаемых 40 случаев он установил картину тифлотонии. Образцов описал еще раньше (в 1894 г.) distentio coeci, как самостоятельное заболевание; точно также Combe (1900 г.) и Delbet (1905 г.) тифлотонию. По Küttner'у и простое вздутие слепой кишки также может вызвать перитифлитоподобные боли.

Hofmeister видел причину вздутия слепой кишки во внешних моментах, каковы сращения, образование тяжей по ходу восходящей

петли толстой кишки и поперечной, особенно в области flexura hepatica. По его мнению, вследствие усиленной деятельности в силу затрудненного прохождения наступает расширение слепой кишки с гипертрофией ее стенки (тиффлектазия).

Число работ, посвященных изучению так наз. хронического аппендицита, чрезвычайно велико; я ограничусь вышеназванными. На ряду с авторами, решительно отвергающими несколько пресловутый червеобразный отросток, как причину вышеизложенного заболевания, насчитывается, естественно, еще много сторонников старого учения, напр., Kiemm. Неудачи, без которых не обошелся и он (4 раза на 13 операций по поводу хронического аппендицита), сводятся им к якобы возникшим под влиянием заболевшего отростка изменениям, приобретшим самостоятельный характер и в силу этого оставшихся и после удаления отростка.

Разобравшись хоть до некоторой степени в чрезвычайно обширной литературе о хроническом аппендиците — что при запутанности и противоречии мнений представляет своего рода подвиг — можно придти к следующим выводам:

1. Подавляющее большинство исследователей наблюдали одну и ту же картину заболевания: периодически возникающие коликообразные боли, отсутствие температуры или незначительное повышение ее, редко тошноту, ощущение переполнения, неприятные ощущения в области живота внизу справа, нарушение пищеварения (хронические запоры, иногда поносы), чувствительность к давлению в илеоцекальной области, часто припухлость наподобие воздушной подушки (вздутие слепой кишки), при пальпации которой ощущается урчание. Большинство больных — женщины в молодом возрасте. Разница только в названии заболевания: хронический аппендицит, периколит, distentio coeci, подвижная слепая кишка, тифлотония, тифлектазия.

2. Как бы ни толковать клиническую картину, какой бы метод лечения не применять, — для конечного результата это совершенно безразлично. Так, успехи совершенно противоположных способов лечения поражают своим сходством. Такой вывод может показаться странным, но легко подтверждается изучением литературы:

Хронический аппендицит: удаление отростка у ряда хирургов (Sonnenburg, Moschkowitz и др.) вело почти, во всех без исключения случаях к выздоровлению. Однако,

такой же результат достигался и при сохранении отростков.

Подвижная слепая кишка: фиксация слепой кишки (Wilms, Klose) дает весьма удовлетворительные результаты. Однако, они далеко не хуже, если еще больше отделить подвижную часть слепой кишки (Walther Hofmeister).

Периколитические сращения: перерезка тяжей устраняет боли; то же достигается и простой аппендектомией.

3. Отношение к вопросу у хирургов, прибегающих к операции, различно. Одни после неудач становятся более осторожными. Другие, наоборот, действуют еще более энергично, производя, сперва аппендектомию, а затем аппендектомию и соесорехию вместе или соесорпхатио. И последнее не всегда приводит к желаемой цели. Наиболее принятый в данный момент способ лечения дает, якобы, и наилучшие результаты, наибольший процент выздоровления, — однако, затем следуют неудачи и разочарования.

Во избежание справедливых возражений пришлось прибегнуть к более смелым предположениям. Как объяснить, что при подвижной слепой кишке получили одинаково удовлетворительный успех как фиксацией слепой кишки, так и дальнейшей отсепаровкой ее? Hofmeister пытается дать это объяснение: во-первых, посредством соесорехи и исключалось, якобы, перекручивание слепой кишки, затем предупреждалось опущение ее и тем самым напряжение тяжей в области flexurae hepaticae. С другой стороны, по его мнению, слепая кишка после ее отделения хотя и срастается вновь с окружающей брюшной стенкой, однако, уже на большем протяжении (следовательно, — невольная соесорехия).

Невозможно остановиться на всех возражениях и оправданиях различных взглядов; для этого я указываю на соответствующие работы, но и это бесцельно. Мне кажется, что для лиц, разобравшихся в противоречии мнений и утверждений, при критическом подходе к вопросу более естественно другое заключение: многообразное толкование одной и той же клинической картины заболевания, одинаково благоприятное действие совершенно различных и часто противоречивых методов вмешательства, произведенных подчас даже только для вида; отдаленное влияние на болезненные явления расположенных на далеком расстоянии органов

(напр., эпилепсия) — по-моему настоятельно указывают на то, что здесь имеется дело не с органическими, но исключительно с функциональными нарушениями, что успех оперативного вмешательства основывается в первую очередь на психическом воздействии.

Многими обсуждался вопрос о возможности наличия в данных случаях нервных расстройств. В положительном смысле он разрешался почти исключительно интернистами, напр., Albu, Korach. Из хирургов за это высказались Körte и Küttner, затем братья Mayo (последние при хроническом аппендиците с преобладанием явлений со стороны желудка).

И другими хирургами, естественно, было подмечено частое совпадение нервных явлений с описанной здесь картиной заболевания. Так, напр., у 52 больных Wilms'a Stierlin наблюдал в 37% случаев нервные расстройства. Но в общем, большинство хирургов склонно рассматривать эти нарушения, как последующие, обусловленные многолетними болями и повторным безрезультатным лечением.

Помимо отмеченного частого наличия неврастении, при просмотре литературы замечается следующее — это заболевание редко упоминалось в прошлом, по меньшей мере, оно иначе истолковывалось. И только с введением и расцветом операций на слепой кишке все чаще упоминается о неврастении; с учащением аппендектомии — учащается и диагностика этого заболевания. В настоящее время, когда отростки удаляются тысячами — часто справедливо, но и столь же часто без всякого основания — эта картина болезни стала повседневным явлением. Тут невольно вспоминается история хронического воспаления яичников (овариотомия), блуждающей почки (Nephroptosis) — эпохи в развитии медицины, которые сейчас уже можно считать преодоленными.

Второе, что обращает на себя внимание — это преобладание женского пола и молодого возраста. Среди больных Wilms'a, напр., было 75% женщин; в возрасте от 15 до 25 лет — 87%. Подобные же цифры сообщаются с разных сторон — напр., у Klose — 80% женщин, из них большинство в возрасте от 20 до 45 лет. Мы знаем, что женщины с их неустойчивой нервной системой более склонны к функциональным заболеваниям, чем мужчины; мы знаем также, что период полового созревания или наивысшего проявления половой жизни создает особое предрасположение к такого рода заболеваниям.

Наконец, бросается в глаза еще тот факт, что наибольшее число больных принадлежат к состоятельным классам населения. Это определенно подчеркивается многими авторами, среди них также MeIchior и Löser. Все без исключения исследованные мною больные относятся к частной практике.

Таковы общие точки зрения. Правильное суждение об этой столь трудной для толкования картине возможно, естественно, лишь на основании собственных длительных наблюдений. Мои самые давние случаи наблюдались около 14 лет назад. Полное понимание было для меня вначале невозможно и я, следуя общепринятым взглядам, оперировал многих из этих больных под диагнозом „хроническое воспаление слепой кишки“. Бывали неудачи и сомнения пока один случай (9 лет тому назад; я о нем сейчас упомяну) не выяснил мне сути дела.

Уже сейчас мы должны относиться с недоверием к диагнозу „хроническое воспаление слепой кишки“ во всех случаях, которым не предшествовал несомненный острый приступ; однако, что только в настоящее время, не считается острым приступом! При этом, правда, надо принять во внимание, что острые приступы часто бывают нерезко выраженными, особенно в тех случаях, когда на первый план выступают желудочно-кишечные явления. К тому же мы убеждаемся ежедневно в том, как быстро сглаживаются у некоторых воспоминания о прежде перенесенных заболеваниях. Кроме того у некоторых пациентов воспаление слепой кишки протекает настолько легко или же при более крепкой нервной организации так мало ощущается больными, что они даже не обращаются к врачу; отсюда видно, что существует амбулаторный аппендицит, как и амбулаторный тиф. Поэтому часто и клинически имеется дело с остатками острого воспаления, где на основании анамнеза и данных объективного исследования предполагается хронический аппендицит. При этом я имею в виду в особенности истории болезни, приведенные Haberer'ом. Не могут ли эти случаи служить объяснением долготы выздоровления после операции по поводу хронического воспаления слепой кишки? Тем именно и осложняется вопрос, что нельзя решить, являются ли найденные изменения червеобразного отростка ответственными за боли у больного или нет.

Чтобы разобратся в этой трудной области, нужно, по моему мнению, отрешиться, во-первых, от представления, что в основе

всякого болевого ощущения лежат грубо анатомические изменения, доступные ножу хирурга; во-вторых, отрешиться от представления, будто данные боли ограничиваются исключительно или преимущественно правой подвздошной областью, а тем более, нельзя быть уверенным, что они характерны для хронического аппендицита. Конечно, хирургу значительно труднее отказаться от столь укоренившегося взгляда, нежели интернисту, имеющему постоянно дело с сомном сердечных неврозов, мигреней, нервных головных болей и т. д. Однако, и сомнения хирурга не могут устранить факта, что чисто психически обусловленные боли (психическая гиперальгезия Griesenger'a) могут встречаться и в брюшной полости.

Нужно также считаться с тем, что анатомические изменения хронического характера сами по себе еще не говорят за то, что имеющиеся боли зависят от них. Как часто находят, например, на секции сращения листков брюшины, сращения желчного пузыря, желчные камни и т. д. без того, чтобы существовали или сохранились в памяти какие-либо боли! Какие обширные и плотные сращения встречаются при операции ущемления грыжи, которые раньше не вызывали никаких болей!

Мне кажется, что при клинической картине, о которой здесь идет речь, второй пункт представляется особенно важным. Внимание как больного, так и врача, в соответствии с господствующим в настоящее время течением, направлено в такой степени на нижний отдел живота справа, что боли в других частях его проходят совершенно незамеченными или же обоими сторонами оставляются без внимания, как маловажные. Ведь и в настоящее время существуют врачи (напр., Comby, Reymond), по мнению которых диагноз хронического аппендицита ставится слишком редко. Придерживаясь учения о хроническом аппендиците и подвижной слепой кишке, следует всегда иметь в виду и случаи с болями в других областях живота.

Далее, для суждения о картине болезни надо иметь в виду и легкие случаи. Я думаю, что мы, рядовые хирурги, гораздо чаще сталкиваемся с таковыми, нежели хирургические светила. К нам обращаются многие больные с незначительными жалобами, но в крупных больницах их едва ли встретишь. Доказательством справедливости моих слов служат мои собственные записи за три

месяца, составляющие не менее 72 больных с подобными болями. И практический врач очень часто сталкивается с такими случаями, но только под неправильным диагнозом, как например: язва желудка, пиелит и особенно часто — хронический аппендицит. Если врач находит какое-либо отклонение от нормы — изменение положения матки, почки и т. д. — он часто ошибочно считает эти органы ответственными за боли. Если же он ничего не находит, то либо ставит предположительный диагноз: „воспаление яичников“, „хроническое воспаление слепой кишки“ или же просто относит заболевание к истерии.

Наблюдая за многими из этих больных, собирая подробный анамнез, следя в течение многих лет за их состоянием — в конце концов, все же выявляется, как уже было сказано выше, очень часто встречающаяся картина болезни. Весь характер болей, их внезапное появление и исчезновение, зависимость от психических моментов, незначительное нарушение общего состояния больного и многое другое говорят за нервное расстройство кишечной деятельности.

Каков характер этих расстройств — об этом речь будет идти позже; преобладают во всяком случае спастические состояния. Первый достоверный случай, наблюдавшийся мною 9 лет тому назад, может считаться прямо классическим.

Больной В. 26 лет, сельский учитель страдал в течение двух лет болями в животе, появлявшимися в виде приступов через более или менее продолжительные промежутки времени. После безуспешного лечения терапевтическими средствами больной обратился в крупную берлинскую больницу, где один из наших выдающихся хирургов удалил червеобразный отросток (операция в холодном периоде). После шестинедельного перерыва снова появились прежние боли. Перебывав у целого ряда врачей, он был направлен специалистом по желудочно-кишечному тракту ко мне в клинику для новой операции по поводу „сращений“. Продолжительным наблюдением было выяснено, что приступы наступают почти ежедневно. У этого худого субъекта хорошо прощупывались спастически сокращенные петли кишок; образовывались хорошо отграниченные, величиной приблизительно с гусиное яйцо, болезненные опухоли, исчезающие вместе с приступом. Эти ложные опухоли появлялись на протяжении всей толстой кишки, так же часто в области слепой кишки, как поперечной и нисходящей петли толстой кишки. Приступы длились несколько часов. Больной утверждает, что колики такого же характера, как и до операции на слепой кишке. Под влиянием грелок и атропина эти приступы исчезли; надолго ли, я не могу сказать, так как больной после выписки из больницы больше не показывался.

Помимо признаков невращения и ложных опухолей других болезненных изменений не было обнаружено.

Второй случай касался жены врача. Здесь приступы появились после трудных родов. Больная сама прощупывала болезненные отделы кишечника, производившие впечатление опухолей, появлявшихся независимо от приема пищи, как днем, так и ночью, в разных отделах живота. После лечения мышьяком наступило излечение, которое длится до сих пор (9 лет).

Часто дело не доходит до выраженных приступов, появляется лишь чрезвычайно длительная контрактура известных отделов кишки, как напр., *coecum*, *fl. sigmoidea*. Боли бывают нерезкие, ограничиваясь иногда неприятными ощущениями в органах.

Образование ложных опухолей может быть объяснено так же, как болезненная ригидность кишки при органических сужениях. Разница лишь в том, что в наших случаях препятствием является спастическое сокращение отграниченного участка кишки. Каловые массы и газы задерживаются над сужением и ведут к вздутию данного отрезка кишки. Кишечная мускулатура силится преодолеть препятствие, беспорядочная работа мышц ведет к длительной контрактуре. Не спазматически сокращенное мускульное кольцо, но непосредственно над ним лежащий раздутый участок кишки с напряженной стенкой прощупывается, как ложная опухоль. С прекращением спазма исчезает и припухлость. Разница по сравнению с органическим сужением клинически сказывается в том, что резко усиленная, часто видимая перистальтика на большом протяжении кишечника, (как напр., при карциноме кишки, странгуляционном илеусе) при спазме отсутствует. Я этим не хочу сказать, что она совсем отсутствует, но во всяком случае обнаружить я ее не мог.

Что спастические сокращения кишки бывают, нам давно известно. Каждый из нас испытывал на себе позывы к дефекации, коликообразные, тянущие боли в животе, которые сопровождают катарр кишечника. Общеизвестным примером длительного спазма отграниченных отрезков кишки являются свинцовые колики. Сильные, коликообразные боли, запоры, рвота, замедление пульса при нормальной температуре тела характеризуют клиническую картину. Контрактура кишки может быть столь сильной, что симулирует механический *ileus*. О подобном оперированном случае сообщил Murphy (1897).

Подобные же наблюдения, не подтвержденные оперативно, имеются при табетических кризах (Nothnagel, Kraus, Schmidt); последний, напр., мог прощупать во время кишечного криза поперечную кишку в виде плотного тяжеподобного образования.

Sandoz (1887) видел при табесе настоящий ileus; сильнейшее вздутие от скопления газов, отрыжка, каловая рвота в течение 10 дней; излечение после промывания желудка.

Отмечаются часто оперативно подтвержденные случаи рефлекторного спазма кишечника. Раздражитель может находиться или в самом просвете кишки (инородное тело, ядовитые вещества) или вне ее.

Israel (1892), Körte (1893), Karewski (1902) наблюдали ileus при сравнительно маленьких желчных камнях, во всяком случае, не выполняющих просвета кишки. В одном случае Israel'я камень был 2 см. в поперечнике, совершенно подвижный; в одном случае Körte камень лежал в S-rompum. Во всех случаях стенка кишки плотно охватывала камень, закупорка кишки наступала остро.

К спастическим процессам сводится и закупорка кишки при Littre'евских грыжах (Wilms).

Heidenhain (1897) сообщает о трех оперативно подтвержденных случаях спастической контрактуры кишечника.

Heidenhain приводит из литературы ряд случаев, где с несомненностью установлено или по крайней мере вероятно спастическая закупорка кишки. Он полагает, что большая часть случаев ileus'a, излеченных терапевтическими средствами (по Curschmann'у около одной трети излечивалось без операции) объясняются спастической контрактурой кишки. Выводы Heidenhain'a, будто у человека встречаются изолированные спастические контрактуры отграниченных участков кишки, которые так сильны, что, судя по симптомам, ими может быть вызвана настоящая закупорка кишки, на хирургическом конгрессе 1897 г. встретили возражения (среди других—и со стороны König'a, Gusenbauer'a, Gersuny). В настоящее время нельзя больше сомневаться в существовании таких кишечных спазмов. Langemark в 1902 г. дал исчерпывающий обзор спастических заболеваний желудочно-кишечного тракта, в котором он помимо уже упомянутых случаев (Müller, Murphy, Heidenhain) приводит еще 4 случая спастического ileus'a, установленных операциями.

Quervain сообщает в своей книге „Хирургическая диагностика“ о молодом крепком мужчине, доставленном в больницу с явлениями закупорки верхних отделов тонкой кишки; на операции была обнаружена в этом отделе петля 15 см. длиною, сокращенная до того, что представляла тонкий тяж.

Еще со времени моей ассистентской деятельности (1906 г.) я вспоминаю случай, где у молодого здорового мужчины после простой операции грыжи наступили сильные боли в животе и явления ileus'a. Вторичное вскрытие брюшной полости

обнаружило сильную кольцевидную контрактуру на протяжении одной петли тонкой кишки. Судорога была столь сильна, что контракционное кольцо представлялось совершенно бескровным. Под влиянием наркоза и легкого массажа спазм исчез еще во время операции; исход — выздоровление.

Все авторы подчеркивают при дифференциальной диагностике резкое несоответствие между тяжелыми явлениями (признаки *ileus'a*, которые могут доходить до каловой рвоты) и хорошим общим состоянием больного: отсутствие температуры и учащения пульса, хорошее самочувствие.

При оценке сообщаемых наблюдений следует иметь в виду, что они несомненно составляют лишь часть оперированных случаев. Все подобные больные ведь оперируются на основании ошибочных диагнозов и уже по одному этому не подходят для опубликования. В оперированных случаях сообщают, что спазм по большей части проходил сам уже во время операции (влияние наркотических веществ, изменение кровообращения). В сколь многих случаях, особенно в более легких, спастическая контрактура исчезает уже во время наркоза еще до вскрытия брюшной полости! Заболевание остается невыясненным и не попадает в печать. Этого надо тем более ожидать при неудачном исходе операций.

Более легкие формы спазма (а такие преобладают; спастический *ileus* нужно рассматривать, как исключение) проходят без оперативного вмешательства. Я упомянул выше о спастическом *ileus'e* после операций, приводившем в некоторых случаях к повторным вмешательствам. Тяжелые формы его сравнительно редкое явление, но более легкие послеоперационные спазмы чрезвычайно часты. Я, по крайнсей мере, считаю, что затрудненное отхождение газов и кала после операции обусловлено часто не параличом кишки, а спазмом ее. Простая задержка не может объяснить болей, доставляющих столько мучений перенесшим брюшные операции, так как мы часто встречаем значительные скопления газов и кала после операции без всяких болей. С другой стороны, имеются иногда значительные жалобы при невздутом животе и хорошем состоянии больных. Некоторые из них даже определенно указывают на ощущение препятствия, задерживающего кал и газы. Спазм может также возникнуть после внебрюшных операций, произведенных вблизи кишки, например, после удаления почек. Усиление этого болезненного энтероспазма может вести к *ileus'у*.

вторичные вмешательства показали правильность этого предположения. Но и в легких случаях мы должны, поскольку имеются значительные боли, предположить энтероспазм; за это уже говорит прекрасное действие атропина в противоположность худшему действию слабительных или полному отсутствию его.

Сомневаться в диагнозе „спазм“ в легких случаях лишь потому, что нет видимых данных, недопустимо. При других неврозах (напр., мигрени, сердечных неврозах, бронхиальной астме) мы также не имеем видимых данных, однако, можем ставить диагноз с большой уверенностью.

Недостаточно известна чрезвычайная частота именно этих легких форм кишечного спазма. Чаще всего они упоминаются в работах о так называемой спастической обстипации.

Fleiner (1893) первый противопоставил картину заболевания спастической обстипации-атонической. Как на дифференциальный признак он указал: стул мелкокалиберный, тягеподобно сокращенные части толстой кишки, спазматическое замыкание сфинктера прямой кишки. Учение Fleiner'a нашло вначале много сторонников, но в последнее время сильно поколебалось, особенно после того, как Voas ясно доказал, что признаки Fleiner'a могут иногда обнаруживаться и у здоровых, а, во-вторых, что они не характерны для определенного вида обстипации. К подобному же заключению пришли v. Bergmann, Walko, Hausmann.

Большое значение имеют попытки рентгенологического обнаружения спазма кишек.

Böhm (1902 г.) сообщил несколько случаев спастической контрактуры начальной части поперечной кишки; он считал спазмы причиной застоя в восходящей петле толстой кишки. Дальнейшие рентгеновские наблюдения произведены Hertz, Klose, Grödel, Bloch, Singer и Holzknacht'ом. Stierlin изложил истории болезни четырех больных, где диагноз был с несомненностью установлен рентгенологически и общим исследованием. Он различает две формы спазма: прогрессирующие спазмы при язвенных процессах (клинически — поносы) и стойкий спазм (клинически — хроническая обстипация.) Рентгенологически стойкий спазм выражается гаустральными втяжениями и четкой границей тени в начальной части поперечной кишки или на месте перегиба.

Другими авторами оспаривается возможность рентгенологического обнаружения спастической контрактуры, как об этом сообщалось, напр. Zinger'ом и Holzknacht'ом (сужение дистальных отделов толстой кишки). Schwarz и Kästle считают переходящие сужения толстой кишки до толщины карандаша, за нормальное явление. Schwarz различает гипо- и дискинетическую формы хронической обстипации; рентгенологическая картина не обнаруживает ничего, что оправдывало бы предположение атонического спазма толстой кишки. К такому же заключению приходит и Hausmann. По его мнению, и здоровая кишка временами обнаруживает кольцевид-

ную контрактуру с задержкой содержимого, так что с диагнозом спастического сужения по одной только рентгеновской картине следует быть очень осторожными

На вопросе об антиперистальтике в толстой кишке я здесь не буду подробно останавливаться. Я не вижу никакого основания сомневаться в толковании Stierlin'a (стойкий спазм толстой кишки). В желудке глубокое спастическое втяжение является несомненным признаком, напр., язвы на малой кривизне; мы определенно говорим о спастическом желудке в форме песочных часов. Почему не быть подобным процессам и в кишке? Я оставляю в стороне спорный вопрос о том, можно ли эти спазмы установить с полной достоверностью рентгенологически. Отсутствие решительного ответа в данном случае не меняет ничего в клинической картине энтероспазма — болезненного втяжения отграниченных отрезков кишки. Я лично на основании своих наблюдений убежден, что энтероспазм встречается чрезвычайно часто; в случае, где он появляется в области слепой кишки или восходящей петли толстой — он чаще всего ведет к ошибочному диагнозу хронического аппендицита.

Не совсем легко дать хоть несколько исчерпывающую картину заболевания. Больные часто обращаются к врачу только после многолетнего существования страдания. Они жалуются главным образом на приступы болей в животе то щиплющего, то коликообразного характера. Промежутки между приступами различны: от нескольких дней до нескольких месяцев и лет. Боли локализуются чаще всего внизу живота; справа чаще, чем слева. Однако они встречаются и в верхней части живота, особенно в области пупка и под левой реберной дугой. Боли наступают независимо от приемов пищи, часто также и ночью. Несомненна связь с физическим переутомлением и душевными переживаниями. Я наблюдал эти приступы у людей совершенно здоровых на вид, после тяжелых операций, после тяжелых родов, волнений, испуга. Война с ее чрезвычайными физическими и душевными напряжениями, несомненно, значительно увеличила число таких заболеваний. Я за это время видел 9 участников войны, страдавших выраженным кишечным спазмом (большинство после разрыва гранат) и огромное число заболевших окружающих.

Мы часто встречаем в анамнезе злоупотребление табаком и кофе (Schacht). Мне, дальше, кажется несомненной связь с нару-

шениями половой жизни. Бросается в глаза резкое преобладание женщин. Среди моих больных было 90% женщин, большинство в возрасте 30—40 лет. Начало заболевания совпадает с половыми процессами (появление менструаций, беременность, пуэрперальный период, климактерий, заболевания нижних отделов живота); сюда я отношу также повторное гинекологическое лечение, операции на половых органах. Можно предположить только, что мастурбация, coitus interruptus и другие половые отклонения — среди них также воздержание — играют известную роль. Даже врач, пользующийся особым доверием, узнает об этих процессах только в редких случаях что-либо более определенное. Мне кажется, что мастурбация и coitus interruptus имеют довольно большое значение.

При более подробном опросе поражаешься, как часто приступы связаны с душевными возбуждениями. Супружеские раздоры, измена, развод и т. д., кажется, имеют значение, как причинные моменты; подобное же мы наблюдаем при развитии базедовой болезни (и здесь резкое преобладание женского пола). У молодой несчастной в замужестве женщины я видел первый тяжелый приступ энтероспазма непосредственно после coitus illegitimus в квартире любовника. Полуторагодичное последующее наблюдение подтвердило диагноз. У многих больных связь с душевными моментами не может быть отмечена, правильнее, не доходит до сведения врача. Здесь приступы наступают совершенно неожиданно.

Длительность приступа различна, от нескольких минут до часов и дней. Точно так же колеблется число их и сила. В то время, как одни могут продолжать свою работу, другие должны ложиться в постель. Очень характерно сравнительно хорошее самочувствие больных; это представляет важный дифференциально-диагностический признак по сравнению с острым аппендицитом, где, оставляя в стороне легкие случаи, больной в большинстве ощущает сразу, что в его организме совершается нечто особенное, угрожающее жизни. Этим объясняется, почему даже самые отъявленные враги операции, как это часто отмечается, никогда не отказываются от оперативного вмешательства. Наоборот, больного, страдающего спазмом, мы наблюдаем редко во время самого приступа. Пациент не чувствует себя серьезно больным, и если вообще обращается к врачу, то только в периоде, свободном от приступов, чаще после многократного повторения их. Правда, мнительные люди

ходят от врача к врачу, результатом чего являются всевозможнейшие диагнозы и лечение,—главным образом, конечно, аппендектомия.

На основании каких признаков можно поставить диагноз в свободном от приступов периоде? Решающим является анамнез. Правда, с современной точки зрения это большой минус; ведь хирурги, вообще, не охотно имеют дело с нервными страданиями. Но из этого не следует, что можно оставлять это заболевание без внимания; ведь и при диагностике тяжелых органических заболеваний, как например, язва двенадцатиперстной кишки, мы имеем в своем распоряжении в первую очередь анамнез и жалобы больного.

Некоторые пациенты описывают приступ чрезвычайно наглядно: внезапно наступающие боли в животе (колики), ощущение задержки газов и стула, появление болезненной опухоли, исчезающей по прохождении приступа. Эта опухоль описывается то как мягкое вздутие, то как твердый болезненный ком; она иногда меняет свое расположение, появляясь то справа, то слева, вверху или внизу. По меньшей мере в половине случаев не упоминается об опухоли. Никогда не сообщают о лихорадке или учащении пульса, редко о тошноте и рвоте. Вообще, пациенты не чувствуют себя тяжело больными. Во время и по окончании приступа иногда находят незначительные количества крови и слизи в кале; часто приступы происходят с отхождением обильного стула и газов. На запоры жалуются часто, но далеко не всегда; больные плохо переносят тяжелую пищу, в особенности — пищу, вызывающую пучение (приступы после погрешности в диете). Иногда запоры чередуются с поносами; жалуются и на учащенный стул (стул тотчас же после приема пищи); довольно часто жалобы указывают на повышенную кислотность желудочного содержимого. Во многих случаях показательным является уже самая манера излагать болезнь. Получается впечатление, что имеешь дело с легко возбудимыми, мягкими натурами, которые мало созданы для борьбы за существование; иногда имеется дело с интеллигентами (двое из моих больных были врачами), к сожалению, слишком прислушивающимися к процессам в своем организме. Выраженную истерию я редко наблюдал; однако, невращения встречается очень часто. Следует помнить и то, что спастический ileus встречается сравнительно часто у неистеричных. Нередко боли в области живота явля-

ются лишь частью жалоб; раньше или позже они сменяются другими нервными явлениями, напр. мигренями, сердечными неврозами. Многократно рядом с явлениями кишечного спазма существовали еще боли, которые следовало толковать, как спазм гортани, *cardia*, привратника, *sphincter'a ani* и. т. д. Больные часто сообщают, что их родители, братья и сестры или другие кровные родственники страдают нервными расстройствами или же заболеваниями, свидетельствующими о предрасположении к ним (туберкулез, базедова болезнь и др.).

Впечатление недостаточной сопротивляемости часто подтверждается исследованиями больного. Женщины молодого возраста как сказано выше, значительно преобладали, среди них — опять таки лица астенического типа; стройное телосложение, длинная шея, длинная плоская грудная клетка с подвижным десятым ребром, плохо развитая мускулатура, энтероптоз, инфантильность половых органов и другие признаки вырождения. Я причисляю к ним также подвижную слепую кишку, затем атонический кишечник. Часто имеются признаки ваготонии: боли в желудке, независимо от времени и рода пищи, склонность к рвотам, запоры, частые сердцебиения, головные боли; из объективных признаков: потливость (влажные ноги и руки), симптом *Gräfe*, блестящие глаза, широко раскрытые глазные щели, выраженные фолликулы корня языка, дермографизм, слюнотечение, замедленный пульс, слезоточивость. Сюда относится также постоянная контрактура толстой кишки (в противоположность расслабленной кишке симпатикотоников). Из других признаков повышенной возбудимости я наблюдал часто дрожание век и легкое дрожание рук; многие больные страдают повышенной кислотностью. Отмечались также нарушения половой жизни — болезненные менструации и вагинизм; у мужчин часто наблюдается импотентность.

Живот кажется иногда несколько вздутым, почти во всех случаях находят чувствительность в *Mac-Burney*’евской точке. Она может ограничиваться кожей, часто же бывает выражена в глубине. Очень важно исследование левой стороны живота, где в огромном большинстве случаев наблюдается такая же чувствительность к давлению. При исследовании рекомендуется придерживаться предписаний *Naismann’a* (глубокая пальпация, прощупывание *m. psoas*). При этом обнаруживается часто чувствительность к давлению.

нию всей задней стенки живота и всего кишечника, поскольку он поддается пальпации.

Спазм раздутой кишки дает характерные пальпаторные данные. Особенно хорошо прощупывается при стойком сокращении стенки наполненный газом желудок и слепая кишка, реже *flexura sigmoidea*. Уже Grénard обратил внимание на прощупывающуюся в виде кругловатой опухоли, величиной в куриное яйцо, слепую кишку; он считает приблизительно в 10% случаев этот признак болезненным явлением. Ewald и Rosenheim считали, что можно пропальпировать и здоровую слепую кишку. Klose, Fischler и Strirlin — только раздутую газом.

О попытках установить спазм рентгенологически я уже упоминал, говоря о спастической обстипации. В одном случае Müller'a можно было доказать присутствие спазма благодаря тому, что кишка всасывала при клизме только незначительное количество жидкости (меньше $\frac{1}{2}$ литра).

Приступ начинается часто совершенно неожиданно, иногда сильнейшими коликообразными болями, напоминающими скорее настоящие колики, вызванные камнями. Я знал одну больную, которая от боли теряла сознание, других — прибегающих к морфию. Но боль может быть и столь незначительной, что не замечается и больные продолжают свои обычные занятия.

В резком несоответствии с сильными и продолжительными, коликообразными болями находится хорошее общее состояние больных: температура нормальна, изредка слегка повышена, пульс хорошего наполнения, не частый, иногда даже замедленный (Heidenhain). Пульс остается хорошим даже при резко выраженных признаках *ileus'a*, даже если это на вид угрожающее состояние длится несколько дней. Только в единичных случаях сообщается о коллапсоподобных состояниях.

Боль при давлении всегда значительно слабее, нежели можно ожидать, судя по ощущению сильной боли, и рефлекторное напряжение брюшных покровов не может быть вызвано. Ощущение тяжелой болезни отсутствует.

Однократного исследования в большинстве случаев недостаточно. Дальнейшее течение может обнаружить органические изменения там, где предполагались только функциональные и наоборот. Достойным большого внимания я считаю данные Hausmann'a,

из которых вытекает, что большая часть псевдоаппендицитов, основывающихся на нервной базе, должна быть сведена к скрытому заболеванию верхних мочевых путей.

Из 300 случаев, где мною был поставлен диагноз энтероспазма, я мог использовать для этой работы только 120, прослеженных продолжительное время. Прежде, чем говорить о дифференциальном диагнозе я скажу еще несколько слов о причине спазмов кишечника.

Мы должны понимать спазм мускулатуры кишки, как рефлекторный процесс, вызванный какими-либо периферическими или центральными раздражителями. Как при всяком болезненном ощущении в области брюшной полости, мы прежде всего, естественно, и у наших больных будем вначале искать органических, анатомически установленных изменений. Что органические сужения могут вызывать спастические сокращения значительных участков кишки, мы всегда наблюдаем при *ileus'e* (ригидность кишки). Что эти спазмы могут появляться приступами, видно из частой формы хронического *ileus'a*, вызванного, напр., карциномой. Однако, и язвы, не вызывающие сужения просвета, особенно язвы двенадцатиперстной кишки, — далее воспалительные заболевания кишечника могут вести к спазму. Нам всем, по собственному опыту, хорошо известны болезненные сокращения кишки при катаррах. Далее, спазмы могут быть вызваны всевозможнейшими заболеваниями как внутри, так и вне кишки: инородные тела, желчные и почечные камни, ущемление сальника, перекручивание по оси отдаленных частей кишки и т. д. О таких оперативно подтвержденных случаях я упомянул уже выше. Позже я остановлюсь на вопросе о том, могут ли хронические изменения червеобразного отростка вызывать такие болезненные спазмы.

Нередкой причиной спазмов являются и кишечные паразиты.

Neпоsch в своем учебнике детских болезней упоминает о шестилетнем мальчике, у которого ежедневно бывало от 1 до 15 приступов жесточайших невралгических болей, в области живота вверх справа и в области правых нижних ребер. После сантонина вышли 2 особи круглых глист, после чего наступило выздоровление.

Heidenhain описал один случай спастического *ileus'a*, вызванного круглой глистой (прооперирован).

Я наблюдал еще недавно 40-летнюю женщину с коликообразными болями в животе в продолжение года, которые исчезали после выхода круглой глисты.

Рядом с этими энтероспазмами, вызванными периферическими изменениями, встречаются многочисленные случаи, где самое тщательное повторное исследование не обнаруживает никаких органических изменений. Как это ни неприятно хирургу, мы здесь не можем обойтись без предположения чисто нервного центрального происхождения. Приходится даже мириться с тем, что такие поражения встречаются чрезвычайно часто. Многие хирурги никак не хотят согласиться с тем, что в области живота встречаются сильные, появляющиеся приступами боли, зависящие от функциональных, не подлежащих ножу, изменений. Чтобы убедиться в этом, достаточно прочесть изложение этого вопроса Klemm'ом: „Если мы обратимся во все же несколько туманную область неврозоз брюшной полости и прибегнем, напр., к помощи функционального спазма прямой кишки, то позиция диагноста станет уже гораздо менее ясной, так как он не может подтвердить диагноз фактами—ни аутопсией *in mortuo*, ни *in vivo*, а должен основываться всегда только на интуиции. В другом месте Klemm говорит, что для „невропатических фантастических картин“ нет никакого основания. Хотя автор и высказывается резко против „изобретателей псевдо-аппендицита“, все же он, по моему мнению, неправ. Из историй болезни, приводимых автором, целый ряд, по-моему, прямо таки доказателен для нервного спазма кишечника. Представьте себе терапевта, который бы писал нечто подобное, напр., о сердечных неврозах. Ведь нельзя заключать о болезненном состоянии человеческого организма только на основании доступных глазу доказательств. Я присоединяюсь при этом всецело к словам Wilms'a: „Я думаю, что прошло то время, когда мы считались только с осязаемыми анатомическими данными; мы научились также обращать внимание и на функциональные нервные страдания“.

Я задаюсь вопросом, почему эти функциональные спазмы, которые мы знаем в области *cardia*, привратника и *sphincter'a ani* не могут встречаться в других отделах кишечного канала, имеющих такую же гладкую мускулатуру, но только в ином расположении и иной силы. Понятно, что спазмы кишечника могут быть легче просмотрены. Спазм на физиологически столь важных местах, как *cardia*, *pylorus*, *anus*, должен давать более тяжелые явления, чем спастическая контрактура на протяжении длинного кишечного канала. Просвет кишки значительно шире, продвижение содержимого

не связано с ограниченным временем и сложными условиями. Что впрочем, и в кишке могут возникнуть длительные и сильные контрактуры, могущие вызвать острую клиническую картину, показывает спастический *ileus*.

Энтероспазм возникает рефлекторно, т.-е. в силу каких-либо периферических или центральных изменений. Даже там, где мы вначале не находим ничего, дальнейшее наблюдение открывает нередко периферическое, органическое страдание, являющееся причиной заболевания. Точно так, как и при кардиоспазме, который мы рассматриваем как чисто функциональное страдание, была, однако, найдена язва во входной части желудка (Mikulicz), другой раз полип в области *cardia* (Ledderhose). Рядом с такими случаями остается ведь большое число больных, у которых и при повторных исследованиях многолетнем наблюдении и, наконец, операции или секции ничего не обнаруживается. Во всяком случае, мы пока считаем себя в праве в таких случаях говорить о нервном спазме кишечника.

Не подлежит никакому сомнению, что спастическая контрактура кишечника на ряду с задержкой кала и газов также вызывает боли. Вследствие чего возникает боль — от спазма ли сосудов (Nothnagel), от натяжения брыжжейки ригидной кишкой (Lennander, Wilms) или от раздражения симпатических нервных волокон кишечной стенки (Müller, Goldscheider) является вопросом второстепенным.

Кроме контрактур и отграниченные параличи кишечника могут вести к функциональным расстройствам. Wilms допускает, что при известных длительных спазмах *cardia*, *pylorus'a*, *sphincter'a ani* и пузыря на ряду со спазмом сосудосуживателей имеет место и выпадение функции сосудорасширителей. Подобное же нарушение физиологических соотношений между круговой и продольной мускулатурой в силу неправильной нервной корреляции, мы должны также предположить при клинической картине энтероспазм. Давно известно, что нарушение, напр., функции толстой кишки не всегда касается всей кишки (Rosenheim).

Подобно тому, как при нервной астме, одновременно с моторными и чувствительными расстройствами кишечника могут наступить и секреторные (выделение слизи). Если секреторные изменения стоят на первом плане, то мы имеем картину энтерита или

colitis mucus-membranacea. Dieulafoy придерживается взгляда что многие болезненные ощущения, которые рассматриваются, как хронический аппендицит, относятся к области этих секреторных неврозов.

Иннервация кишечника очень сложна. Рядом с расстройствами Ауерbach'овского сплетения встречаются также расстройства и в блуждающем и симпатическом нервах, в спинном и головном мозгу. При табесе, напр., как уже упоминалось, наблюдались во время кишечных кризов продолжительные контрактуры кишечника; часто встречается и спазм sphincter'a ani. Далее, к картине менингита относятся и тетанические сокращения кишечника, что, правда, другими авторами оспаривается. Я уже указывал на роль, какую играют нервные яды, как кофеин и никотин, при возникновении спазмов кишечника.

Я понимаю спазм кишечника, как рефлекторный невроз, стоящий в связи как с периферическими, так и центральными и особенно — душевными влияниями. Для возникновения рефлекторного невроза требуются два момента: предрасположение и вызывающая причина. Я упоминал уже, что у большого числа наших больных отмечались неврастенические симптомы. v. Bergmann говорит прямо о „спастическом предрасположении“. Lieblein полагает, что лица юношеского возраста с лимфатической конституцией имеют особую склонность к псевдоаппендициту.

На мой взгляд неправильно с понятием нервного страдания тотчас же связывать представление о выраженной общей неврастении или истерии. Скорее нужно думать о несметном числе отграниченных нервных явлений у здоровых в сущности людей, как мы это ежедневно наблюдаем.

То же относится и к нервному спазму толстой кишки. Этим объясняется, почему ряд больных как физически, так и психически производят впечатление здоровых; у них поражена только нервная система кишечника. Невозможно резко отграничить людей здоровых от таковых с нарушенным равновесием; имеются все переходы. Точно так же понятно, почему мы при таких состояниях часто встречаем неврастению и редко истерию. Последнюю нужно рассматривать, как усиление очень распространенных функциональных расстройств.

Учащение за последние десятилетия болезненных состояний, которые до сих пор рассматривались, как хроническое воспаление

слепой кишки, нужно приписать массовой суггестивности. Предметом лечения являются все те же объекты—астеники в самом широком смысле слова, а меняется лишь характер вмешательства: удаление яичников, пришивание всевозможных органов, мероприятия в носу, электрические токи всех видов, аппендектомия и т. д. Новейшему методу лечения приписывают всегда и наилучший результат. В настоящее время стоит на первом плане глубокая рентген-терапия, и мы слышим об успешности применения ее при нервных кардиальгиях (Grödel), при спазме пузыря и привратника (Wilms), при хронических обстипациях и т. д. Всякому методу лечения свое время; повидимому, время аппендектомии без разбора близится к концу.

Что нервным заболеваниям толстой кишки до настоящего времени не придают еще достаточного значения, происходит по-моему, оттого, что внимание хирургии обращено почти всецело на живот. Хирургическое мышление, требуя для всякого болезненного поражения в области живота грубо-анатомических данных, предполагает, что многие из них подлежат операции. Несомненно, этой точке зрения мы обязаны величайшим успехам хирургии, которая сохранила много человеческих жизней. Все же, с другой стороны, это взгляд, не всегда соответствующий действительным соотношениям, а иногда, как еще будет указано, приносит доверившимся нам больным больше вреда, чем пользы.

Я своими многочисленными и продолжительными наблюдениями убедился в том, что в основе клинической картины так называемого хронического аппендицита часто, если не в преобладающем числе случаев, лежат спастические процессы нервного происхождения. Боли толкуются, как хронический аппендицит, потому что они появляются в области правой повздошной кости. Нельзя, однако, упускать из виду, что такие же боли и приступы возникают и в других отделах живота, вызывая одинаковые последствия. Помимо аппендектомии при нервных спазмах кишечника часто производятся и другие ненужные операции. Так как большинство врачей незнакомо с клинической картиной болезни, то они всякое незначительное смещение органа склонны считать ответственным за имеющиеся боли. Так, пришиваются вполне нормальные, но только несколько ниже расположенные почки, каковые встречаются после многократных родов; затем также — опущенная печень, желудок,

расположенная назад матка и т. д. Нельзя отрицать, что опущенный орган путем натяжения связок может вести к болям. Однако, в этих случаях при опущенном, вялом животе, напр., достигают превосходных результатов применением бандажа. Все же приходится еще считаться и с нервным предрасположением. У многих людей, несмотря на опущенную печень, желудок и ослабление всех связок, боли совершенно отсутствуют. Почему же в таком случае именно атония слепой кишки (Fischler) путем подтягивания брыжейки должна вызывать боли? У сколь многих больных боли оставались, несмотря на подшивание почки, укорочение маточных связок, фиксацию слепой кишки. В подобных случаях не смещение органов, а функциональные расстройства и часто — нервный спазм кишечника, являются причиной болей. В дальнейшем я еще остановлюсь на психологическом действии операции. И удаление измененных органов — я имею при этом в виду те многочисленные случаи, когда женщина была искалечена в силу хронического воспаления яичников — часто не устраняет болей точно так же, как удаление копчиковой кости не устраняет кокцигодемии. Считать больных только на этом основании истеричными, по-моему, не допустимо.

Наиболее частое вмешательство при вышеописанных болях — это аппендектомия. Многие больные с нервным спазмом кишечника (ровно $\frac{1}{5}$ часть моих случаев) являлись на прием с уже удаленным отростком, при чем, однако, боли оставались по прежнему. Некоторые больные не успокаиваются, пока не найдут соглашающегося их оперировать (*mania operativa passiva*). Если мне снова случалось встретиться с больными, они все почти без исключения жаловались на прежние боли.

О том, что диагноз „хронический аппендицит“ не подходит в большом числе случаев, свидетельствуют работы последних лет. Остается только решить, чем заменить с некоторой достоверностью прежний диагноз.

Против нервного характера страдания часто приводят полное излечение после операции, напр., случаи Stierlin'a. При этом нужно помнить, что поговорка „*nonum prematur in annum*“, в настоящее время утратила свое значение. Сведения о новых методах лечения быстро распространяются; где раньше требовался год, теперь достаточно месяца, если не недели. Wilms, напр., говорит о весьма удовлетворительных результатах Соесорехи у 40 больных. Ко

времени опубликования его работы прошло со времени первой операции только 9 месяцев. Когда Stierlin впоследствии суммировал опыт Wilms'овской клиники, самые старые случаи насчитывали только трехлетнюю давность. Hofmeister также говорит об удовлетворительных результатах Typhlotransversostomia, хотя $\frac{2}{3}$ случаев оперировались только в течение последнего года. Это сроки, которые в данном вопросе должны считаться совершенно недостаточными для решающего суждения.

В подробной работе Klose приводятся случаи, когда операция была произведена 4, даже 6 лет назад, но наряду с ними и такие, когда вмешательство было произведено лишь несколько месяцев назад. При страдании, о котором здесь идет речь, нужно иметь длительные наблюдения, чтобы исключить, с некоторой вероятностью, самовнушение как со стороны больного, так и со стороны врача. Классическим является наблюдение Nothnagel'я, названное им „Pseudoperityphlitis“.

Küttner упоминает о 30-летнем кузнеце, у которого после простой лапоратомии (здоровый отросток был оставлен) боли отсутствовали в течение 5 лет. Такие случаи, правда, являются редкостью, но только потому, что в настоящее время ни один хирург не закроет вскрытой брюшной полости раньше, чем не удалит хоть отросток, даже если последний окажется здоровым. Таким образом, успеха можно было бы достигнуть во многих случаях простой пробной лапоратомией, даже ложной операцией (случай Brunner'a — исчезновение спастического ileus'a после ложной операции), аппендектомией, соесорехией и другими вмешательствами.

На основании многолетнего опыта, полученного при лечении рефлекторных неврозоз, я хотел бы считать большинство благоприятных оперативных результатов чисто психологическими. Против этого можно было бы возразить, что часть больных уже раньше подвергалась аппендектомии, однако, безрезультатно и только цекопсия устраняла боли. На это следует ответить: отросток в течение ряда лет так часто и, я бы прибавил, так легкомысленно удалялся, что эта операция, как средство самовнушения, несомненно давно отжила. Приходится мириться снова с существованием „слепой кишки“.

Еще несколько слов о периколите. Тяжи, якобы, вызывают картину хронического аппендицита, главным образом, — хронические

запоры. Если просмотреть внимательнее истории болезни, то мало понятно, как эти вуалеподобные, в большинстве случаев все же малозначительные сращения могут давать повод к столь тяжелым расстройствам, к тому же еще в таком широком просвете, как в толстой кишке. И на рентгенограмме не наблюдается при этом сужения просвета тяжами. Понятнее разъяснение Stierlin'a. По его мнению, сращения вызывают рефлекторные длительные контрактуры ограниченных отделов кишки. Эти „постоянные спазмы“ препятствуют продвижению каловых масс, застой ведет к вздутию слепой кишки и к хроническим запорам.

Если спазм хоть и редко ведет к полной закупорке кишки, то он все же вызывает более продолжительную задержку каловых масс в толстой кишке; это я по данным до сих пор имеющимся считаю несомненным (см. рентгенологические данные Böhm, Stierlin и т. д.). Понос, часто сопровождающий приступ, говорит также за застой и разложение содержимого кишки.

Что в изложенной здесь картине болезни отросток не играет роли, следовательно, диагноз хронического аппендицита неправилен, вытекает из нижеследующего. Я видел больных, у которых подобные приступы насчитывались дюжинами. Иногда приступы длились несколько дней, сопровождались сильными коликообразными болями, требовали постельного содержания, морфия, атропина и т. д. При этом, однако, отсутствовало повышение температуры и ускорение пульса, никогда не наблюдалось ни заметного ухудшения общего самочувствия, ни воспалительной припухлости. Рецидивирующий аппендицит так никогда не протекает. Если бы даже у такого больного развилось настоящее воспаление слепой кишки — чего я до сих пор никогда не встречал (Boas, Albu и др.), — то это, естественно, не опровергало бы нашего взгляда; энтероспазм не предохраняет от острого аппендицита.

Многое говорит, следовательно, за то, что и там, где при операции находят анатомические изменения червеобразного отростка, их нельзя без дальнейшего считать ответственными за клиническую картину болезни. Но перегибы, сращения отростка и т. д., даже не являясь первопричиной болей, могли все же служить этиологическим моментом интестинальных неврозоз. Но и это маловероятно. Мы видим точно такие же боли при подвижном отростке, видим, с другой стороны, исчезновение их, напр., после ложных операций,

несмотря на присутствие измененного отростка или сращений. Вызывают болезнь здесь не анатомические изменения, а расстроенная вследствие панической боязни заболевания слепой кишки психика.

Несмотря на противоречие взглядов, можно, однако, уже в настоящее время с уверенностью заключить, что современное учение об аппендиците не выдерживает критики. Мы должны будем отказаться от этого выражения и лучше говорить о хроническом рецидивирующем аппендиците, подобно рецидивирующему холециститу.

Под клинической картиной, называемой хроническим аппендицитом, скрываются различные заболевания. Так как почти у всех здоровых наблюдаются изменения в отростке, будь они макро-или микроскопического характера, то анатомический диагноз хронического аппендицита в большинстве случаев подойдет. Мы только должны уяснить себе, что наблюдающиеся клинические боли во многих случаях не имеют ничего общего с этими изменениями; явления, встречающиеся, между прочим, и в других областях медицины, напр., при туберкулезе.

Только небольшая часть заболеваний—хронический рецидивирующий аппендицит—действительно причинно связана с червеобразным отростком. Я на основании имеющегося материала ни в коем случае не считаю доказанным существование первичного хронического аппендицита, хронического воспаления слепой кишки, протекающего без приступов. Мне кажется, что в подобных случаях острый приступ был либо просмотрен, либо неправильно истолкован (катарр желудочно-кишечного тракта, мочевого пузыря, колики вследствие камней и т. д.). Понятно, что аппендектомия в подобных случаях устраняет боли и предположение самовнушения становится излишним. Успех операции в холодном периоде зависит от того, предшествовал ли острый приступ; к такому выводу пришли уже очень многие хирурги. В случаях с сомнительным диагнозом боли чаще всего рецидивируют. „Типичные“ приступы, которые во многих опубликованных историях болезни играют важную роль, судя по изложению, никоим образом не могут служить доказательством действительного заболевания отростка.

По-моему, мы в описанных выше симптомах имеем дело „со вторым заболеванием“ в смысле Rössle. На первом плане стоит нервное предрасположение, Stiller'овская астения; при чем мы

должны иметь в виду, что недостаточность нервной системы может быть лишь местная; на втором — сонм болезненных явлений (я думаю здесь исключительно о брюшной полости), которые в зависимости от взгляда исследователя, обозначаются, как хронический аппендицит, спастическая обстипация, *coesum mobile*, тифлотония, Анатомически наблюдающиеся отклонения — подвижная слепая кишка, атония должны считаться только признаками астении, но не причиной болезни. Вторичные болезненные явления клинически проявляются часто в форме спазмов и ведут, как только они обнаруживаются в области правой подвздошной кости, к ошибочному диагнозу хронического аппендицита.

Рассматривать спазм, как особую форму колита, как это делают некоторые авторы, так же недопустимо, как рассматривать бронхиальную астму, как форму бронхита. Я, наоборот, думаю, что многие случаи так наз. хронического колита, хронического сигмоидита, катарра слепой кишки, нужно рассматривать просто, как нервные спазмы кишечника. Примешивающиеся иногда к калу при спазме кишечника кровь и слизь не следует рассматривать, как признак катарра, но как секреторный невроз. Вторично могут развиваться при спазме кишечника катарральные изменения, подобно тому, как при кардиоспазме может развиваться эзофагит. На понимание клинической картины заболевания эти вторичные явления не должны влиять.

Прогноз при этом страдании благоприятный даже в тех редких случаях, когда спазм ведет к клинической картине *ileus'a*. До настоящего времени известны только 2 случая со смертельным исходом. В первом случае (Pendres) смерть последовала после операции. Во втором случае (Wilms) дело шло о молодой истеричной девушке. Два приступа боли излечены слабительными и антиспазматическими средствами; третий приступ привел к смерти. На секции было обнаружено сужение кишечника чисто спастического характера. О третьем, закончившемся смертью случае, я сообщу в дальнейшем.

Наибольшая опасность грозит больному, без сомнения, с хирургической стороны. Если больного оставляют в покое, приступы проходят сами собой. Вмешательство без достаточных к тому показаний представляет угрозу для жизни, которая, правда, при совершенстве современной техники не слишком высока, но все же

существует. Естественно, в большей опасности находится больной, у которого спазм ограничивается преимущественно или только в нижнем отделе живота справа. Однако, и другие не совсем гарантированы от ножа. Lindner, напр., описывает 4 случая с хроническими болями в нижнем отделе живота в области flexura sigmoidea; он оперировал и не обнаружил ничего. Дальнейшим течением был установлен нервный характер страдания. Однако, как велико число больных, которые при подобных болях оперируются под диагнозом язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, опущенной почки, холецистита без камней или с таковыми, сращений, неправильных положений половых органов воспалений яичников! Червеобразный отросток в большинстве случаев уже удален или удаляется попутно при упомянутых операциях.

Из вышеизложенного видно, что при лечении нервных спазмов кишечника оперативное вмешательство излишне и бесполезно. 24 больных или $\frac{1}{5}$ всех приведенных здесь случаев, являлись на прием с уже удаленными отростками, не освободившись и после операции от своих болей. В большинстве случаев жалобы и боли исчезают лишь на некоторое время, напр., у упомянутых больных Nothnagel'я на 2 года; я сам наблюдал безболезненный промежуток от 2 недель до 4 лет.

На безопасность операции рассчитывать не следует. Во-первых, абсолютно безопасной операции нет, даже при простой операции в холодном периоде приходится считаться со смертностью от $\frac{1}{2}$ до 1%. Далее, — хирург не должен производить ненужной операции, даже если она безопасна.

Успешности операции, как я уже прежде упоминал, отрицать нельзя, но мы должны помнить о том, что вопрос зачастую идет об излечении чисто психического характера. Червеобразный отросток, этот грозящий опасностью орган, который так долго и сильно тревожил психику больного, удален; тем самым и нижняя область живота справа потеряла свое значение для больного; боли за отсутствием объекта, могущего вызвать их, исчезают. Правда, с понятием полного излечения нужно именно здесь, как видно из приведенных примеров, быть очень осторожным. Часто неврастеническое мышление и ощущения переносятся на другие органы тела, теперь обращаются к врачу уже из-за сердечных неврозов, функциональных желудочных страданий, болей в крестце и т. п.

Многokrатно я мог наблюдать, что нижний отдел живота справа оставался безболезненным, но зато появлялась резко-выраженная чувствительность к давлению Мас-Burney'евской точки слева. Не всегда удается, к сожалению, успокоить больного, указав ему на то, что червеобразный отросток не относится к числу парных органов человеческого тела — им предполагаются сращения; одним словом, все начинается с начала.

Однако, нередко аппендектомия не только остается бесполезной, но даже вредит, при чем возможность неблагоприятного влияния зависит от психики. Что люди с неустойчивой нервной системой после неуместных операций легко теряют душевное равновесие, для нас хирургов не представляет ничего нового. Дурные последствия, относящиеся к области травматических неврозов, мы, естественно, видим и после операций на слепой кишке, даже после операций по случаю острого аппендицита. Я, напр., оперировал двух молодых девушек с острым воспалением слепой кишки, один раз — с грозящей, другой — с выраженной гангреной отростка. В обоих случаях дело шло о больных с легко возбудимой нервной системой. После гладкопрошедшей операции они еще месяцами жаловались на боли в животе, главным образом, по ходу толстой кишки, слева такие же сильные, как справа; боли появились даже однажды в виде приступа.

Еще чаще видим мы такие боли после операций в холодном периоде. Nochenegg сообщает очень характерное наблюдение:

Семнадцатилетний гимназист был после третьего приступа воспаления слепой кишки прооперирован (аппендектомия). Отросток был расположен кверху, сращен, с утолщенной слизистой и двумя каловыми камнями. Благоприятное течение. После хорошего самочувствия в течение трех недель наступили сильные боли в пеллорической области, изредка тошнота. Приходили на мысль сращения, процессы сморщивания, отграниченные воспаления брюшины Sonnenburg советовал, если боли будут продолжаться, снова оперировать. Боли настолько усилились, состояние пациента стало до того угрожающим, что пришлось предположить перфорацию скрытого, осумкованного гнойного очага и назначить на следующий день хирургическое вмешательство.

Повторное исследование обнаружило чрезвычайно резко-повышенную чувствительность кожи живота. Был поставлен диагноз: постоперативный псевдоаппендицит нервного происхождения (травматический невроз). Излечение после фарадизации.

Если бы пациент действительно был оперирован вторично, то, конечно, нашли бы сращения (в рану был вставлен дренаж). Но это доказало бы только, что сращения и боли могут существовать рядом без причинной связи. Быть может, и второе вмешательство, в чем бы оно ни состояло, — хотя бы даже в ложной операции —

устранило бы боли, что происходит, как это видно из историй болезни, путем самовнушения. Подобные случаи встречаются, по-моему, чрезвычайно часто, но по большей части картина нервного заболевания является первичной.

Что нервное предрасположение при энтероспазме усугубляет вредные влияния оперативных вмешательств на нервную систему, не требует дальнейшего пояснения. Я напоминаю только об очень плохих результатах гастроэнтеростомии при функциональных страданиях желудка. Кому приходилось оперировать в подобном случае, тот, оперируя еще раз на основании ложного диагноза, несомненно закроет брюшную полость без всякого вмешательства. Сюда относится также и наблюдение Klose, что при фиксации брюшных внутренностей на большом протяжении, желудок плохо переносит всякое пришивание. Поэтому я считаю неправильным удалять червеобразный отросток во всех случаях хронических болей в области слепой кишки. Едва ли истинное, рецидивирующее воспаление слепой кишки останется когда-либо неоперированным, угрожая тем самым жизни и здоровью. При частоте операций на слепой кишке и при большом числе хирургов, встречающихся в средних и даже малых городах, могущих безупречно произвести подобную операцию, опасность упущения вмешательства чрезвычайно мала.

Опасность не показанных вмешательств, несомненно, невысока. Küttner считает, правда, возможным смещение острого приступа с воспалением слепой кишки, но не придает этому практического значения. Он думает, что и самый кровожадный хирург при этих легких приступах не найдет показаний для ранней операции. Этот оптимистический взгляд, однако, при царящей еще в настоящее время мании операций, не оправдывается.

Если аппендектомия и фиксация слепой кишки являются еще сравнительно безвредными вмешательствами, то об операциях, сообщенных Klose, этого сказать нельзя. Эти большие операции, напр., пришивание всей толстой кишки, печени и селезенки, являются, во всяком случае, крупными и опасными вмешательствами. Правда, о смертных случаях до сих пор не сообщалось; однако, тяжелых послеоперативных осложнений не отрицают. Те же опасения вызывают выключения и резекции. Если бы эти операции стали общим достоянием — что, по-моему, вопреки предсказаниям

других авторов (Quervain: „ileocolostomia станет одной из повседневнейших операций“) не предвидится, — тогда не обойдется без смертных случаев. Stiller приводит хирурга, который из 27 случаев с фиксацией печени потерял двух (он говорит: „на мой взгляд кажется слишком жестоким, когда человек должен искупить смертью желание исправить такое отклонение от нормы, как опущенную печень.“)

При остром приступе кишечного спазма самый целесообразный способ лечения состоит в постельном содержании, тепле и атропине, лучше всего — в виде инъекций или свечей. В некоторых случаях я видел хорошие результаты и после папаверина. Однако, атропину, без сомнения, следует давать предпочтение; его благотворное действие при этих состояниях не подлежит сомнению; он моментально устраняет острый приступ. Он может поэтому служить важным вспомогательным диагностическим средством. Затемнения клинической картины, как это бывает при морфии, едва ли приходится опасаться; правда, описаны случаи (напр. Honigmann'a), где при воспалении брюшины применение морфия оказывалось безрезультатным, а атропин в больших дозах действовал болеутоляюще.

В холодном периоде мною применяется трехнедельный курс лечения атропином, ежедневно от 0,001 до 0,0015 *Atropinum sulfuricum* в пилюлях. В тяжелых случаях или при неудовлетворительном результате первого курса лечения я даю раствор *Atropinum sulfuricum* 0,05:50,0 по следующей прописи: в течение 5 дней 3 раза в день по 4 капли, 5 дней 3 раза по 8 капель, 5 дней 3 раза по 12 капель, 5 дней 3 раза по 8 капель, 5 дней 3 раза по 4 капли; следовательно, от 0,0006 до 0,0018 атропина ежедневно. Лишь 2 раза я видел после этого преходящие, легкие явления отравления. Результаты прекрасные. Боли обычно становятся слабее, начиная с третьего или четвертого дня, чтобы затем исчезнуть, часто на годы; также исчезают и спастические запоры.

Благоприятное действие belladonna при нарушении деятельности кишечника давно известно. Как сообщает Honigmann в своей сводной работе, belladonna применялась уже с 1788 года Theden'om, главным хирургом Фридриха Великого, в больших дозах (превышавших современные единичные дозы в 6 раз, а ежедневные в 4 раза) при ileus'e. В середине прошлого столетия это средство, теперь, однако, в форме атропина, усиленно рекомендовалось французскими врачами.

Trousseau (1868), а впоследствии von Noorden, прибегали к атропину при бронхальной астме. Однако, применение его при ileus'e почти было предано

забвению, пока Bartsch (1899) не стал вновь пользоваться им в больших дозах (до 0,005 подкожно). Впоследствии атропин применялся, но, к сожалению, часто без разбора, как, напр., при ущемленной грыже, при странгуляционном *ileus*'е и т. п. Благодаря своему благоприятному действию это средство до настоящего времени рекомендуется при всех формах спастического *ileus*'а (вызванного, напр., желчными камнями, инородными телами, почечными камнями и камнями мочеточников, воспалением мошонки и т. д.).

Действие атропина еще не вполне выяснено. Он, якобы, действует хорошо не только при спастических, но и при паралитических состояниях кишечника, следовательно, как антиспастически, так и возбуждая перистальтику. Фармакологи считают, что атропин в малых дозах раздражает мускулатуру кишки, в больших—парализует. При спазме имеет место главным образом последнее действие. Однако, рядом с моторными влияниями играют роль и изменения в области сосудистой и понижение секреторной деятельности кишечника. Не будет ошибкой приписать атропину общее регулирующее действие на деятельность кишечника. Таким образом, оно является не только чисто-симптоматическим. Благоприятное действие на спастические состояния могут оказывать морфий и опий, также папаверин, предложенный Раl'ем при кардиоспазме.

Рядом с атропином следует рекомендовать мышьяк, хорошее питание, пребывание в деревне, закаливание (обтирания, воздушные и солнечные ванны, физические упражнения). Часто на больного действует благотворно уже сознание отсутствия серьезного страдания, то, что ему не грозит оперативное вмешательство. Устранений вредных влияний, каковы погрешности в диете, злоупотребление кофе и табаком, простуда (теплая повязка на животе лучше всего предохранит от рецидивов). Столь же важно, а может быть и еще важнее, чем уход за телом—оздоровление душевного состояния: урегулированный труд, избежание излишних возбуждений, нормальная половая жизнь.

Исчезновение болей после атропина при отсутствии на операции данных, говорящих за органическое заболевание, естественно, еще не доказывает, что вопрос идет о чисто функциональном страдании, о центрально обусловленном энтероспазме. И при органических страданиях атропин может прекрасно действовать, устраняя сопутствующий рефлекторный спазм, так напр., при *ileus*'е вследствие желчных камней. Далее, я видел прекрасное действие атропина при длительных приступах желчных камней. И здесь я

объясняя действие атропина устранением спазма в d. cysticus u choledochus.

Даже при сужениях просвета кишки карциномой, атропин может устранить на время резкие перистальтические боли. Поэтому всегда будут встречаться случаи, хорошо реагирующие на атропин, у которых при дальнейшем течении обнаруживается вместо предполагаемого нервного спазма серьезное органическое страдание.

Что касается действия атропина, то я хотел бы здесь исключить внушение. Иногда можно при пальпации прямо так ощущать, как спазм под влиянием атропина исчезает, напр., в желудке, а в особенности на привратнике.

Противоспастическое действие атропина Böhm в двух, Stierlin в трех случаях видели исчезновение спазма толстой кишки, видимого рентгенологически, после инъекции атропина, значительное укорочение нисходящей петли (застой), расширение colon transversum, ступшовывание границ теней в начальной части толстой кишки.

Среди 120 точно прослеженных случаев я нашел только 14 с неудовлетворительным результатом. Я не могу сказать, отчего это зависело. Именно здесь я считал возможным исключить органическое страдание. При некоторых неудачах вспоминаются поневоле те случаи Базедовой болезни, где самое значительное уменьшение щитовидной железы оставалось безрезультатным. Я оставляю в стороне вопрос, могут ли и при спазмах кишечника преобладать расстройства симпатической системы, на которые атропин не действует.

При наших взглядах на причину спазмов, само собой понятно, что мы должны считаться с возможностью рецидивов. Остается астенция, нервное предрасположение. Повторяющиеся физические потрясения могут вести к возобновлению расстройств в вегетативной системе и тем самым к новым приступам, подобно тому, как мы видели возвраты и после операций — взгляд этот подтверждается сообщенными историями болезни.

Рецидивы составляют тем больший процент, чем дольше мы наблюдаем больных. Я видел их — мои первые наблюдения были сделаны 14 лет тому назад, — приблизительно, в $\frac{1}{6}$ всех случаев. Трудно дать точные цифры, так как врач по истечении нескольких лет многих больных теряет из виду.

Рецидивы не говорят против предложенного лечения. И при рецидивах лечение атропином, по меньшей мере, столь же действительно и при том гораздо менее опасно, чем вмешательства, предлагаемые после безуспешной аппендектомии: фиксации, анастомозы, резекции.

Такова в главных чертах клиническая картина нервного спазма кишечника. Я не отрицаю, что наши знания еще далеко не полны и надеюсь, что дальнейшее изучение, в особенности в области внутренней секреции, внесет большую ясность. Во всяком случае, врач, особенно хирург, не должен проходить мимо этого важного и, повторяю еще раз, очень частого заболевания. Для меня на основании личного опыта не подлежит никакому сомнению, что в переживаемое нами тяжелое время, так губительно действующее на тело и дух, можно ожидать значительного учащения и этого нервного заболевания. Будет уже большим достижением, если врач проникнется сознанием, что не всякая боль, не всякая чувствительность к давлению внизу живота справа указывает на аппендицит, главным образом тогда, когда между болями и объективными данными есть очевидное несоответствие.

Особая осторожность требуется при так называемом хроническом аппендиците. Если не предшествовал несомненный приступ острого воспаления слепой кишки, то хирург имеет все основания выжидать с операцией. Если же больной настаивает на ней, то врач поступит правильно, оперируя только с оговоркой, т.е. указывая на возможность безрезультатности вмешательства. Правда, в таких случаях уже не приходится рассчитывать на внушение, действующее часто столь благоприятно. Если боли после операции не исчезают, а, пожалуй, даже усиливаются, то такие больные могут прямо таки отравить врачу жизнь.

Я предвижу, что мои выводы встретят возражения, именно в хирургических кругах. Мне припоминаются, напр., уже приведенные пламенные фразы Klemm'a по поводу этого вопроса. Желание избежать недоразумений заставило меня быть в некоторых главах настоящей работы более многоречивым, чем я имел в виду. Только беспристрастная проверка приведет к выяснению этого важного вопроса.

Я обращаю внимание еще на следующее. В одном месте этой работы я говорил о слишком косном хирургическом мышлении.

Чрезвычайно быстрое развитие нашего искусства, которое в течение нескольких лет достигло того, чего тщетно добивались в течение многих столетий, беспримерные успехи, превосходящие все остальное в области медицины, дали хирургии огромный перевес. Однако, естественным последствием такого развития является и переоценка в некоторых отношениях хирургических методов, в результате чего хирург часто является не столько врачом, сколько техником. В литературе, на конгрессах, в личных беседах всегда натапливаются именно у хирургов на стремление все объяснить с точки зрения механики. Я убежден, что это стремление во многих областях стимулировало как наши знания, так и лечебное искусство, повторяю — во многих областях, однако не во всех. Обращается внимание на строение, форму и положение органов, упуская слишком часто из виду функцию их. Именно в области брюшных органов и их функциональных расстройств получается впечатление, что здесь хирургия основывает свои показания часто исключительно на анатомических взаимоотношениях, благодаря чему к нарушениям работы кишечного канала чисто функционального характера подходят все с новыми блестяще задуманными смещениями, фиксациями, анастомозами, резекциями и т. д.

Уже частое появление все новых операций на смену прежним вызывает сомнение в целесообразности методов и в правильности избранного пути.

И разве явные неудачи не обращают именно в этих случаях внимание хирурга на важность функции? Приведенным здесь этот важный вопрос еще не исчерпан. Несомненно, еще многое недостаточно исследовано; в особенности до настоящего времени еще не смогли быть выяснены причина и характер первичных расстройств иннервации. Но и сейчас было бы чрезвычайно полезно как для врача, так и для больного, если бы хирург обратил внимание, больше чем это делалось до настоящего времени, на функциональные расстройства в области брюшных органов.

ТРИ ГОДА тому назад я в подробной работе подверг критике клиническую картину, общеизвестную под названием хронического аппендицита. Я пытался показать, что во многих случаях, быть может, в большинстве причиную заболевания является не больной червеобразный отросток, а скорее мы имеем дело с функциональными расстройствами в области вегетативной нервной системы, расстройствами, протекающими под картиной спазма и вызывающими заболевания, сходные с воспалением слепой кишки.

Я был уверен, и я это высказал в своей работе, что мои взгляды встретят возражения в кругу хирургов. Эти возражения выявились не столько в литературе, как в личных беседах. Правда, многие противоречия основываются просто на недоразумениях. Когда моя работа появилась в „Grenzgebieten“ она больше чем на $\frac{1}{3}$ была сокращена за отсутствием места; при чем сокращения, производимые издателем, не всегда были удачны.

Если я кое-что из непоявившегося в печати здесь восстанавливаю, прибавляя еще и новое, то не с тем, чтобы лишний раз повторять и без того уже мною сказанное об аппендиците. Мне кажется более важным, что именно в этой ограниченной области раскрывается перед нами способ хирургического и врачебного мышления, что столь важно для оценки и дальнейшего развития нашего искусства.

Одним из самых серьезных недоразумений является упрек, будто я стремлюсь разрушить с таким трудом построеную хирургию слепой кишки, дававшую часто столь благоприятные резуль-

таты. Только недавно практики и хирурги стали пользоваться плодами совместной работы, как я, вдобавок сам хирург, уже пытаюсь разрушить достигнутое. Это, мол, равносильно не только регрессу, в смысле научном, но, к сожалению, грозит несчастием и гибелью многочисленным больным. Под впечатлением такого укора я все вновь пересматриваю свою работу, но все же не нахожу ни одной строки, оправдывающей его. Я в настоящее время произвел свыше 1200 операций на слепой кишке и остаюсь попрежнему убежденным сторонником хирургического лечения аппендицита убежденным сторонником и ранней операции. Против чего я восставал—это против бесчисленных, производимых без разбора аппендектомий при заболеваниях ничего общего не имеющих с червеобразным отростком. При острых заболеваниях подобного рода едва ли кто-либо будет возражать. Никто из нас не желает, чтобы отросток удалялся при пневмонии, кори, плеврите, легочном туберкулезе, почечных камнях, пиелонефрите, пиосальпингосе и т. д., чтобы к тяжелому самому по себе заболеванию присоединилась еще операция, к тому же всегда представляющая известный риск. Что и у самого добросовестного и опытного врача возможны такие ошибки, в принципе ничего не меняет. Мы должны во что бы то ни стало стараться уменьшить число таких ошибочных диагнозов.

Совсем иначе обстоит дело при так называемом хроническом аппендиците. И здесь я придерживался той точки зрения, что в хронических случаях следует оперировать, как только можно считать достоверно установленным или, по меньшей мере, вероятным, что отросток является причиной заболевания. Решение облегчается тем фактом, что подобные операции, если только высокий возраст, тяжелые заболевания других органов и т. д., не осложняют дело, можно рассматривать как мало опасные.

Но—и в этом вся суть—где и когда червеобразный отросток является причиной хронического заболевания и как выяснить эту связь? Относительно клинической картины разногласий не существует. Это в достаточной мере выяснено в упомянутой выше работе; резюмирую здесь кратко:

Неприятные ощущения, в особенности—давления и ощущение переполнения в животе, преимущественно в области подвздошной кости справа и в epigastrium. Временами отсутствие аппетита, тошнота, расстройство

пищеварения (запоры, иногда также поносы), чувство разбитости, неохота к работе. Нередко появлялись с более или менее большими промежутками коликообразные боли. Вес может оставаться неизменным, но у некоторых больных, однако, сильно понижается; повышения температуры отсутствуют или бывают лишь незначительными.

Такова, приблизительно, клиническая картина. Лишь при толковании ее возникают противоречия. Многие хирурги не видят никаких трудностей. Для них картина „хронического аппендицита“ вышеприведенными явлениями — если даже отдельные признаки отсутствуют или встречаются превосходящие — представляется достаточно точно охарактеризованной. Приступают к операции, на отростке обнаруживаются макро и микроскопически хронические изменения. Если больной (по большей части — больная) выздоровел, то этим вопрос исчерпывается. Если же болезненные ощущения остаются, то тогда, к сожалению, констатируется истерия и хирургу ничего не остается делать, если только он не прибегает к другим операциям, как рассечение сращений, пришивание соесум мобиле, анастомозы, резекции и т. д.

Только исходя из самых простых вещей, нам удастся приблизиться к истине. Я поэтому хотел бы прежде всего привести повседневные неоспоримые данные, затем взгляды противников и, наконец, мои. Делать выводы предоставляю читателям. Решение будет всегда зависеть от образа мышления и взглядов каждого отдельного лица.

Хирург демонстрирует червеобразный отросток, который он только что удалил у 14-летнего, крепкого, крестьянского мальчика. Последний до сего времени был совершенно здоров и справлялся со своей далеко нелегкой работой без труда. 8 дней тому назад появились боли в животе и рвота. Явления стихли на второй или третий день, чтобы снова появиться на пятый и шестой на этот раз значительно сильнее. Лихорадка, чувствительность к давлению, напряжение брюшных покровов говорили с несомненностью за аппендицит. Операция: эмпиэма почти всего червеобразного отростка, местами гангрена и перфорация стенки. Недалеко от соесум, на вскрытом отростке наблюдается рубцовый стеноз, очень узкий, длинной, приблизительно, в 1 см., дистально от него вышеописанные тяжелые изменения.

Заключение хирурга: мы наблюдаем нередко на почве хронического аппендицита (здесь — рубцовый стеноз) тяжелые, угрожающие жизни заболевания, поэтому необходима операция хронического аппендицита для предупреждения острого приступа.

Мои заключения по поводу этого случая совершенно иные. Рубцовый стеноз отростка может быть только результатом тяжелого, острого воспаления. Микроскопическое исследование отсутствует, но нет сомнения, что предшествовало язвенное воспаление, захватившее, по меньшей мере, слизистую и подслизистую, однако, судя по микроскопическому виду, также и muscularis. Только язвенные изменения могут вести к таким тяжелым рубцовым стенозам. Однако, в анамнезе отсутствуют, как это бывает сплошь и рядом, какие-либо указания о перенесенном воспалении слепой кишки. Я вывожу отсюда чрезвычайно важное заключение: и тяжелые, т.-е. язвенные воспаления червеобразного отростка, могут иметь место и излечиться, образуя рубец, без того чтобы больной знал об этом.

Нет никакого основания считать этот случай редким.

Мы, хирурги, рискуем в данном вопросе совершить маленькую погрешность в своем образе мышления. К нам поступают преимущественно тяжелые случаи — воспаления слепой кишки. Если мы оперируем из них, предположим, 95%, то этим еще далеко не сказано, что воспаление слепой кишки действительно в 95% случаях требует оперативного вмешательства. На такой же шаткой почве построены и наши данные о рецидивирующем аппендиците. Когда беседуешь с врачами с большой практикой, главным образом — с сельскими, то слышишь с удивлением, как часто встречаются легкие заболевания, но вместе с тем слышишь и о том, как часто тяжелые воспаления слепой кишки излечиваются без оперативного вмешательства, нередко без рецидивов. Наконец, каждый хирург сталкивается время от времени с больным, который при остром воспалении слепой кишки отказывается от операции и, несмотря на это, выздоравливает.

Здесь я должен вставить маленькое замечание во избежание дальнейших недоразумений: я слышу снова возражение, будто бы я хочу лечить воспаление слепой кишки атропином и этим развращаю молодое поколение врачей. Я, однако, совершенно не разделяю точку зрения вышеупомянутых сельских коллег и предостерегал при каждом удобном случае от тех разочарований, которые их, несо-

менно, ждут. Как ни благополучно протекает заболевание, однако, в виду невозможности всегда с достоверностью отличить легкие приступы от тяжелых и предсказать течение, могут при выжидательном лечении возникнуть неожиданные, непредвиденные угрозы для жизни и ненужные смерти. Кому приходилось столько раз вскрывать брюшную полость по поводу заболевания слепой кишки, как мне, для того, в общем, диагноз острого аппендицита неразрывно связан с немедленной операцией. Если мы в настоящее время встречаем, к сожалению, так много запущенных случаев, то причину нельзя считать последствием моего „опасного“ учения, а искать в позорном Версальском мире. Страшное обеднение не позволяет очень многим из наших соотечественников обратиться своевременно к врачу. Что тяжелое положение самих врачей приводит к тому, что они, не желая лишиться пациента, не направляют его к хирургу — конечно, встречается нечасто, однако, считаться приходится и с этим.

Я иду еще дальше, и утверждаю, что человек, перенесший острое воспаление слепой кишки, без того чтобы он сам или окружающие знали об этом, и не показавшийся врачу, является не исключением, а правилом. Исключения составляют лишь тяжелые случаи. Точно так же, как существует амбулаторный тиф, бывает и амбулаторный аппендицит с той только разницей, что тифом заболевают немногие, в то время как острый аппендицит переносим мы все. Полное восстановление происходит редко. На червеобразном отростке остаются изменения различной степени, от видимых только микроскопически до таких сильных рубцовых изменений, как только-что описанные. Что стенозы, перегибы, сращения при новом приступе благодаря задержке, повышению вирулентности и т. д. могут вести к тяжелым, даже угрожающим изменениям, ясно без дальнейшего и находится в соответствии с нашими повседневными клиническими наблюдениями.

Систематические исследования патолого-анатомов подтверждают частоту таких изменений.

Aschoff нашел у людей в более зрелом возрасте приблизительно в 80%, Marcland и Kukula в 100% хронические воспалительные изменения червеобразного отростка. По Ribbert'у червеобразный отросток у людей свыше 60 лет больше чем в половине случаев облитерирован. Также Oberndorfer и Henke приходят к заключению, что нормальные отростки в более высоком возрасте являются чрезвычайной редкостью. Sonnenburg говорит: „после сорокалетнего возраста имеют совершенно здоровый червеобразный отросток лишь немногие“. Cornil обнаружил при исследовании червеобразных отростков по случаю других операций во всех почти без исключения такие изменения.

Клинические и анатомические исследования указывают, следовательно, на одно и то же: почти каждый человек проделывает свой

аппендицит. Возражение возможно: откуда мы знаем, что эти изменения являются следствием острых воспалений? Ведь возможно также хроническое начало и течение. От подобного освещения этого вопроса я должен отказаться, так как для этого пришлось бы обсуждать весь вопрос об этиологии аппендицита, что завело бы нас слишком далеко. Здесь ограничусь лишь немногим: патологии, которые занимались специально этим вопросом, как, напр., Aschoff, придерживаются той точки зрения, что описанные изменения являются исключительно остатками или следствием острых воспалений. Клинические наблюдения по меньшей мере не противоречат этому взгляду. Основное возражение — отрицательный анамнез не является веским аргументом. Довольно часто удается при более подробном опросе все же установить несомненность по меньшей мере острого приступа или его вероятность. В других случаях острый приступ — оттого ли что он был очень легким, или же оттого, что речь шла о менее чувствительном больном — был либо незамечен, либо скоро забыт. К отрицательному анамнезу следует относиться здесь также критически, как, напр., это следует делать во многих случаях отрицательного анамнеза при подозрении на сифилис.

Я повторяю, что мы у взрослого человека не должны считаться с нормальным отростком. Каждый из нас анатомически имеет „хронический аппендицит“, — т. е. более или менее выраженные последствия перенесенных острых воспалений. Нужно ли в подобных случаях оперировать? Я думаю, что нет. Это равнялось бы требованию обязательной аппендектомии на подобие обязательной прививки оспы.

Выделить тяжелые формы, где сильнее угрожает призрак острого воспаления слепой кишки, также невозможно. Я напоминаю о только что упомянутом случае 14-летнего мальчика со старым рубцовым стенозом и свежей гангреной отростка. Все вновь мы слышим: никогда у мальчика до последнего заболевания не было никаких болезненных ощущений, он был работоспособным и т. д. Как можно было догадаться, что на его червеобразном отростке имеется такой стеноз?

Если поднять вопрос о радикальной операции хронического аппендицита, то на него нужно ответить отрицательно.

Не хронический аппендицит должны мы оперировать, но хронически рецидивирующий. Это большая разница. Следовало бы

даже совершенно оставить термин „хронический аппендицит“, не следовало бы также говорить о свободном от приступов аппендиците, об аппендиците скрытом и т. д.

Название „хронический аппендицит“ подходит анатомически, но не клинически. Здесь имеются подобные же соотношения, как, напр., при туберкулезе. Мы знаем из исследований Naegeli, что при секции людей свыше 15 лет находят туберкулезные изменения в 98%; мы знаем также, что проба Pirquet у взрослых оказывается положительной почти у всех без исключения. Что из этого следует? Каждый из нас перенес туберкулезную инфекцию и в нашем организме сохранились остатки или следы ее. Но разве мы поэтому будем считать себя туберкулезными или, пожалуй, даже подвергаться специальному лечению? На это следует ответить отрицательно, хотя из этих остатков может во всякое время вспыхнуть острый туберкулез. Но ведь только в последнем случае врач прибегает к специальному лечению. Почему же иначе относиться к хронически измененному отростку, чем к туберкулезной железе?

Однако, вернемся к исходному пункту, к простым данным и к разному толкованию их.

Хирург демонстрирует червеобразный отросток 17-летней девушки, страдавшей уже некоторое время головными болями, временами рвотами и болями в животе, главным образом, со стороны желудка; в остальном — цветущего здоровья женщина. Четырехнедельное наблюдение в терапевтическом отделении ничего не выясняет. Предполагают истерию. Лечение атропином улучшает состояние только временно. Наконец, в виду продолжающихся болей в желудке — лапаротомия: желудок и окружающая область свободны от болезненных изменений; отросток, однако, паразитической длины (15 см.) и выполнен калом. Тотчас после аппендектомии исчезли боли и по настоящее время без рецидива 10 дней после операции).

Закключение: Дело шло о хроническом аппендиците, нераспознанном до операции. Удаление отростка излечило больную от ее страданий. При таких болях следует думать о хроническом аппендиците и оперировать.

И здесь я не могу согласиться с приведенным мнением. Во-первых, я не считаю болезненным явлением ни необычайную длину отростка, ни наполнение его калом. Как внешние части организма, так и внутренние органы подвержены слишком большим колебаниям как в отношении длины, так и величины для того, чтобы допустить подобные суждения; это в особенности относится

к отростку, и это указывается в учебниках анатомии. По Luschkaz, напр., длина червеобразного отростка колеблется у взрослого от 5 до 23 см. А выполнение калом? Опытному рентгенологу удастся почти без исключения получить снимок отростка, выполненного после приема контрастного завтрака висмутом. Многие даже считают, что именно хорошее выполнение отростка является признаком отсутствия более грубых изменений в нем. Нужно думать, что то, что считается нормальным для висмута может быть нормальным и для кашицеобразного кала. Далее, во многих случаях, когда я при лапаротомии в силу других причин осматривал и отросток, я находил его выполненным калом, без того чтобы когда-либо наблюдались болезненные ощущения в нем. Эти данные устанавливались бы еще чаще, если бы мы перед операцией не очищали так тщательно кишечник больных. Но и каловые камни я встречал часто при подобных обстоятельствах. Они сами по себе не доказывают клинического заболевания. Иное дело относительно вопроса, не способствуют ли они развитию острого воспаления.

Быть может, удаленный отросток иногда обнаруживает сращения, а микроскопически какие-либо изменения. Пусть это так, но тут нет ничего особенного; это еще не говорит за причинную связь с болями. Из сказанного видно, что было бы более удивительно, если бы отросток взрослого человека оказался совершенно нормальным.

Есть ли полное основание толковать установленные изменения, как причину клинических явлений? По-моему, нет. На это возражают: — но ведь удаление больного отростка сразу устранило все боли, чем и доказана причинная связь. Я с этим не согласен. На мой взгляд такая связь возможна, но не несомненна; на основании моего опыта я полагаю даже, что она даже мало вероятна. Во-первых, наблюдение еще слишком кратковременно. Желудочные боли, от каких бы причин ни зависели (язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных камней, повышенной кислотности, невроза), могут на некоторое время стихнуть и без всякого лечения. Такой безболезненный период может иногда случайно совпасть с операцией. Наркоз, болеутоляющие средства, применяемые в первые дни, диета могли бы способствовать устранению болей. Однако, и эти доказательства излишни. Предположим, что опера-

ция была произведена уже несколько лет тому назад, при чем боли не возобновлялись. Неужели можно тогда считать установленной причинную связь между изменениями в отростке и болевыми ощущениями со стороны желудка? Ни в каком случае!

Имеется много больных с хроническими болями в животе, относящимися, то больше к желудку, то к другим отделам пищеварительного канала; больные, страдания которых мы, хирурги, в известном проценте случаев можем устранить различными оперативными путями: разрезом кожи или брюшной стенки, выключением или удалением отростка, устранением сращений, отсепаровкой различных частей кишечника на различном протяжении, анастомозом, выключением, резекцией и т. п. Одни предпочитают один способ, другие — иной. Прежде применялось часто и с хорошим успехом удаление яичника („хронический оофорит“, смнен „хроническим аппендицитом“), фиксация почки и т. д., но в настоящее время они оставлены. Другими словами, я не могу отделаться от впечатления, что в большинстве случаев излечение зависело от внушения.

Внушение — это то слово, о котором многие хирурги ничего не хотят знать при оценке успеха лечения. Но история медицины, как и беспристрастное и критическое рассмотрение, устанавливает с несомненностью факты и влияние внушения, к тому же внушения в широком размере. В другой работе я еще подробнее останавлиюсь на этом вопросе, здесь я хотел бы только устранить ошибку. Представления, что нервные расстройства встречаются только или, главным образом, у астеников или других конституционно слабых, является широко распространенным, но тем не менее неправильным. Мы в настоящее время знаем, что такие расстройства могут быть чисто местного характера. Атлет может страдать сердечным неврозом, мускулистая, занимающаяся спортом молодая девушка — Базедовой болезнью, крепкая цветущая, молодая девушка — нервными расстройствами в кишечном канале и т. д. Какую чрезвычайно большую роль играет внушение, именно при операциях по поводу „хронического аппендицита“, видно из обзора литературы. Я должен снова указать на свою прежнюю работу, отмечу здесь только еще раз одно наблюдение: Креске навел справки у аппендектомированных, у которых отросток был найден (макро- и микроскопически) совершенно здоровым. Со времени

операции прошел минимум 1 год. Было получено 20 ответов, из них 17 от оперированных (85%), у которых боли почти или совершенно исчезли. Некоторые выражались прямо-таки восторженно, уверяя, что только после операции, они себя снова чувствуют нормальными людьми.

Однако, когда удаленный червеобразный отросток оказывался измененным, операция в поражающе большом числе случаев совсем не устраняла болей. По меньшей мере у трети жалобы остались теми же. Даже Haberer, сторонник учения о хроническом аппендиците, приводил 41,6% неудачных результатов. В общем и целом, учение о хроническом, протекающем без приступов, аппендиците не находит существенной поддержки с клинической стороны. Остаются те нередкие случаи, где при неопределенных или сходных с вышеописанными болями на отростке находят не шаблонные, безобидные изменения, а, наоборот, эмпиэмы, пристеночные абсцессы, мозолистые рубцовые массы, грануляции, перегибы, самоампутацию отростка, обширные сращения брюшины и т. п. Здесь, естественно, не может идти речь об излечении внушением. Удивительным является, что не предшествовал острый приступ. Поэтому кажется, что именно эти данные говорят с наибольшей достоверностью за аппендицит, протекающий чисто хронически. Но соответствует ли это действительности? Я в течение ряда лет изучал этот вопрос и все же пришел к обратному выводу. Я начинаю со случая, который я наблюдал на первых порах моей деятельности.

Ребенок 4 лет, единственное дитя зажиточных и любящих родителей, праздновало в кругу своих подружек день своего рождения. Ели слишком много, в результате засорение желудка. У ребенка появились рвоты, продолжавшиеся и на другой день; его уложили в постель, держали на диете и дали касторовое масло. Но состояние ребенка ухудшилось, так что на третий день пригласили врача, который тотчас же привлек меня для консультации. Мы нашли ребенка с повышенной температурой (38,5), пульсом 144, со вздутым животом, с чувствительностью к давлению и напряжением в области живота внизу справа.¹² Диагноз: „деструктивный аппендицит“ подтверждается немедленно сделанной операцией. Отросток лежит сзади сосис, направлен вверх в сторону печени. Его верхушка с признаками гангрены и перфорации; в окружности флегмона. К сожалению, ребенка уже не удалось спасти; он умер через 10 дней от развившегося перигонита.

Предположим, что заболевание протекло бы менее тяжело—я оставляю открытым вопрос, насколько касторовое масло ухудшило

воспаление — и аппендицит, как и во многих других случаях, прошел бы без операции. Предположим, врач не был бы приглашен; родители и не подозревали бы возможности аппендицита, заболевание, как „засорение желудка“, было бы быстро забыто и никогда бы не упоминалось позже в анамнезе, как острое воспаление слепой кишки. И если бы болезнь не была вполне излечена, а остались стеноз, хроническая эмпиэма, сращения; разве тогда хирург, оперируя через 3-4 года, из анамнеза узнал об этом остром приступе? Я думаю, что нет. Если я себе представляю, что я сам должен подвергнуться операции по поводу острого аппендицита и во время операции находят рядом со свежим воспалением старые сращения, сужения и т. д., то при всем желании я не мог бы сказать, был ли у меня когда-либо острый приступ. Однако при этом я прекрасно помню частое нездоровье после слишком обильного употребления незрелых фруктов, слишком жирного пищевого и т. д. Грехи молодости, в которых виновны, вероятно, мы все. И мои родители из материальных соображений не могли приглашать из-за таких пустяков врача. Как легко, как часто скрывается под „засорением желудка“, под „гастрической лихорадкой“, „катарром пузыря“ настоящее воспаление слепой кишки.

Вернемся к упомянутому 14-летнему крестьянскому мальчику. Острый приступ, приведший к рубцовому стенозу отростка, вероятно, уже был раньше, но не был распознан и по диагнозу какого-нибудь профана либо совершенно не лечился, либо лечился только домашними средствами и об этом было скоро забыто. Так что речь идет не о первичном или протекавшем без приступов хроническом аппендиците, но о рецидивирующем аппендиците, первый приступ которого не был правильно диагностирован.

У взрослых мне все же неоднократно удавалось в случаях казалось бы хронического аппендицита обнаружить с несомненностью или, по меньшей мере, с большой вероятностью предшествовавший острый приступ. Диагностика хронически-рецидивирующего аппендицита затрудняется тем, во-первых, что отдельные приступы, как и вообще острое воспаление слепой кишки, бывают различной тяжести, начиная с неопределенных, легких неприятных ощущений до тяжелых приступов; во-вторых, что приступы, сами по себе недостаточно выявленные, проходят очень медленно и тем самым производят впечатление хронического заболевания. Однако, не

нужно для нераспознанных заболеваний вводить особого обозначения, как *appendic. larvata* и т. п. Это может дать только повод к ошибкам. Вот пример того, как трудно бывает и у взрослых поставить диагноз хронически-рецидивирующего аппендицита.

Госпожа W. 27 лет страдает уже в течение 3 лет после вторых родов частыми приступами болей в правой верхней области живота и обильными рвотами желчью. Приступы возникают всегда внезапно, напр., в трамвае и длятся от нескольких часов до нескольких дней. Во время самого приступа больного врач до сих пор не исследовал. Из объективных признаков отмечалось у этой несколько тучноватой женщины выраженная чувствительность к давлению в области желчного пузыря. Поставленный мною диагноз хронически-рецидивирующего холецистита был подтвержден многими (хирургом, интернистом, гинекологом), почему и приступили к обычному лечению желчно-каменной болезни. Совершенно случайно я присутствовал при следующем приступе.

И на этот раз больная жаловалась только на боли в правой верхней области живота, тошноту и сильные рвоты желчью. Объективно имеются лихорадка ($38,2^{\circ}$), ускорение пульса (96) и выраженная чувствительность к давлению и резистентность Mac-Burney'евской точки.

Словом, не приходилось сомневаться в остром аппендиците. Приступ прошел на другой день. Пациентка отказалась от предложенной операции, откладывая ее до холодного периода. В промежутке, однако, наступил новый приступ. В этот раз произведена ранняя операция в течение первых часов: выраженный острый аппендицит, отросток среди большого пакета склеенных петель кишки. Желчный пузырь не сращен. После удаления червеобразного отростка полное излечение (в течение 11 лет приступы не возобновлялись).

Почему такую клиническую картину обозначать, как *append. larvata*?

Трудным представлялся диагноз только до наблюдения острого приступа; после констатирования такового, поставить диагноз не представляло затруднений.

Необычайное положение отростка, особенно расположение его за восходящей петлей толстой кишки, плотные и напряженные брюшные покровы, пониженная болевая чувствительность больных затрудняют диагноз.

Десять лет тому назад я видел 42-летнего врача, страдавшего уже лет 10 колитом. Диагноз был подтвержден специалистом. Во время нового приступа я был приглашен и обнаружил у этого несколько тучного мужчины, рядом с незначительным повышением температуры, вздутие живота и выраженную чувствительность к давлению в Mac-Burney'евской точке. На основании этого я поставил диагноз „хронически рецидивирующего аппендицита“. Коллега оперировался несколько недель спустя в Берлине; была обнаружена хроническая эмпиэма отростка с прободением в брыжеечку. Рану пришлось тампонировать. Полное выздоровление.

И в этом случае нет надобности говорить об *append. larvata*. Это были приступы лишь мнимого колита, на самом деле же — воспалений слепой кишки с несколько необычной клинической картиной.

Клинически следует представлять себе процесс так, что острый аппендицит, безразлично — в легкой или тяжелой форме, не проходит вполне. В пораженной ткани остаются вирулентные возбудители инфекции. Последняя затихает, но может при всяком поводе снова вспыхнуть. При этом рядом с местными изменениями играет особую роль и вторжение инфекции в лимфатические пути и брюшину. Это повторяется до тех пор, пока инфекция сама по себе или вернее — благодаря защитным силам организма не затихнет, или пока отросток, признанный источником инфекции, не будет удален.

Только такого рода хронически рецидивирующие аппендициты мы должны оперировать и по возможности скорее, чтобы предотвратить грозящую опасность; от хронического же аппендицита, каким я его обрисовал в своей статье о спазмах кишечника, пусть лучше руки хирурга будут прочь. Однако, почему слышу я возражения: пусть излечение является лишь следствием внушения, для нас ведь важно лишь избавить больного от мучительных болей? Если он попутно еще отделается от излишнего и грозящего опасностью червеобразного отростка, едва ли приходится считать несчастьем.

Против этого можно возразить:

1. Излечение внушением посредством операции, к сожалению, очень ненадежно. Никогда нельзя говорить об излечении после нескольких дней отсутствия болей. Рецидивы совсем нередки; довольно часто операция ведет даже к ухудшению состояния. Примеры этому я приводил в первой работе.

2. Лапаротомия, как бы ни была незначительна опасность, связанная с нею, все же ставит под угрозу жизнь. Случаи „хронического аппендицита“, где отросток не был изменен, все же иногда заканчивались неблагоприятно. Послеоперационный паралич кишечника и эмболии являются при этом самыми частыми причинами смерти. Такой исход, конечно, редко публикуется, однако, каждый хирург знает их по собственному и чужому опыту.

3. Операции, произведенные без достаточных показаний, могут только дискредитировать хирургию. Я в этом пункте могу всецело

присоединиться к Melchior'у, говорящему: „Да ведь это умаляет уважение к хирургии если к оперативным показаниям не относиться с той крайней тщательностью, которая является обязанностью именно нашей дисциплины, вследствие риска, связанного с этим методом лечения“.

Это значит, в переносе на воспаление слепой кишки, что следует оперировать во всех случаях достоверного острого воспаления слепой кишки, также и при хронически рецидивирующем воспалении ее; однако, наоборот, следует избегать операции при многочисленных заболеваниях, только симулирующих воспаление слепой кишки. Обнаруженные впоследствии анатомические данные хронических изменений отростка во многих случаях отнюдь не оправдывают оперативного вмешательства.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

НЕУДАЧИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ЖЕЛЧНЫХ КАМНЕЙ

ХИРУРГ, если оставить в стороне операции рака, в общем избалован своими успехами, и поэтому полезно, если и ему время от времени неожиданные неудачи напомнят, что и он может ошибаться, побуждая этим к более строгой самокритике.

Самыми неприятными неожиданностями являются для меня уже давно неудачи после операций при желчных камнях. Мы, например, оперируем больного, который страдает резкими и часто повторяющимися коликами. Мы находим желчный пузырь наполненный камнями, его стенку утолщенной, обширные сращения с окружающей областью. d. choledochus и hepaticus свободны, papilla Vateri хорошо проходима и для толстого зонда. Операция — удаление желчного пузыря — протекает гладко, рана также заживает хорошо. Короче, — кажется, что именно здесь имеются все предпосылки для полного избавления больного от болей. Несомненно, это и будет так в преобладающем числе случаев, но далеко не всегда. Мы все вновь видим больных, у которых после более или менее короткой или продолжительной паузы, колики возобновляются — рецидивируют, нередко с прежней частотой и силой.

Едва ли найдется хирург, не испытавший на себе подобных разочарований. Я не буду приводить здесь статистических сопоставлений, а укажу на данные, приведенные в моей работе „Рецидивы после удаления желчных камней“, опубликованной три года назад. Я прибавляю лишь некоторые более поздние сообщения.

Rohde мог подвергнуть контрольному исследованию 107 оперированных в клинике Schmieden'a; в 19,62% имелись боли.

Hinz исследовал 58 холецистектомированных. Если операция производилась по случаю хронического холецистита, то в 20% наблюдались легкие, в 24% более сильные боли. При острой эмпиэме эти цифры составляли 29% и 5%, при инфицировании желчного пузыря и choledochus — 37,3% и 25%.

Много благоприятнее результаты, сообщенные Kleinschmiedt'ом: из исследованных им 196 оперированных 149 (76%) были абсолютно свободны от болей. 13 пациентов (8%) из них оперировались в запущенном состоянии (страдали сильными болями). У 34 пациентов были лишь незначительные жалобы. „Их работоспособность все же не понизилась, следовательно, они могли считаться излеченными. Итак, у 90% контрольно исследованных оперативным вмешательством достигли полного успеха“.

Kehr приводит 90% полного излечения.

Simon и Schlegel нашли, что 11,4% холецистектомированных (всего 236 эктомий) жаловались еще спустя больше года на боли.

На последнем немецком Хирургическом съезде (апрель 1923 года) Hotz на основании большой сводной статистики пришел к заключению, что приблизительно в 20% наблюдаются рецидивы или прежние жалобы.

Статистические данные следует оценивать с некоторой осторожностью: ведь они обладают, по очень понятным основаниям, известным субъективизмом. Боли, которые для одних хирургов являются показателем неудач, считаются другими лишь „нервными жалобами“, которые не представляют никакого значения. Kleinschmiedt, напр., сообщает, как упомянуто выше, о 34 больных с легкими жалобами. Но он, однако, рассматривает таких пациентов излеченными, потому что они не потеряли работоспособности. Я задаю следующие вопросы: 1. Была ли у этих больных понижена работоспособность до операции? Ведь это у многих больных с желчными камнями наблюдается как исключение или временное явление. В чем же тогда усматривается успех операции? 2. Говорил ли бы нейтральный человек, напр., интернист, который не относится к этим больным столь предвзято, как хирург к своим оперированным, в данном случае об излечении? Я опасаясь, что нет.

Rohde пишет дословно так: „В тех немногих случаях (19,63%) когда боли остаются, они почти всегда менее интенсивны, чем до операции“. Подобных фраз писать не следовало бы; они невольно вызывают критику даже и со стороны друзей. 19,63%, т.-е. каждый пятый оперированный остается при своих прежних жалобах, после того, как 14,73% смертью избавлены навеки от своих страданий, и это Rohde считает незначительным. Автор говорит, что ведь боли почти всегда менее интенсивны, чем до операции. И это

я оспариваю на основании своего опыта. Даже из историй болезни в том виде, в каком их приводит Rohde, я этого никак не могу усмотреть. Следует помнить, как чрезвычайно редко остаются боли после операции грыжи, слепой кишки, почек, зоба и др. Не будет лучше ли для хирургов, оперирующих желчные камни, не видеть свои результаты в слишком розовом свете, а чистосердечно сознаться, что в нашей науке и вытекающих из нее действиях имеются пробелы, что в цепи наших знаний недостает какого-то звена.

Поучительнее всякой статистики для хирурга беседы с врачами с обширной практикой. Имеются трезво рассуждающие и опытные терапевты, которые, часто наблюдая и после удачных операций новые приступы, не советуют больным подвергаться операции по поводу желчных камней, за исключением, само собой понятно, грозящих жизни состояний, как эмпиэма желчного пузыря, холангит, камни d. choledochus. Я считаю такую точку зрения необоснованной; однако, неоспорим факт, что как на больных, так и на лечащих врачей, отдельные неудачи оставляют большее впечатление, чем многочисленные случаи полного излечения.

Все же и для самого оперирующего рецидивы, которые я здесь имею в виду, являются всякий раз крайне неприятным сюрпризом.

Если же мы даже в таких ясных и, казалось бы, благоприятных случаях не можем освободить наших больных вполне от болей, какая цена нашему искусству? Разве это не равносильно банкротству нашей хирургии желчных камней, по меньшей мере, поскольку это касается устранения колик? Над каждым оперировавшимся по поводу желчных камней висит Дамоклов меч возврата колик, подобно тому, как раковому больному угрожает рецидив. Нужно прибавить еще и следующее: ведь рецидивы колик в этих случаях являются не единственным нашим огорчением. Еще больше удручает нас высокая смертность, составляющая в общем не меньше 10%. Все это должно побудить основательно проверить наши данные и оперативные показания.

Сводить мои собственные неудачи (18 смертей, почти 14%; рецидивы колик приблизительно в $\frac{1}{3}$ случаев) к недостаточной опытности — до настоящего времени 131 операция желчных камней — или неудовлетворительной технике я считаю несправедливым. Против этого говорят послеоперационное течение и данные

7 реляпоратомий. Далее, мне и со стороны выдающихся хирургов приходилось выслушивать горькие жалобы на недостаточность нашего искусства именно в этой области. Диагноз поставлен правильно, операция безупречна, все как нельзя лучше, а в результате — после более или менее большого интервала возобновление колик.

Читая, например, в некрологе о недавно умершем Orth'e, что последние годы его жизни были отравлены длительными, тяжелыми желчными коликами, которые, к сожалению, остались и после благополучной операции, я делаю следующие выводы: 1) даже в руках наших первых хирургов нож при хронически рецидивирующем холецистите не дает должных результатов, 2) перед рецидивирующими коликами (после операционных) и наши лучшие врачи в отдельных случаях бессильны.

Иметь товарищей по несчастью как раз в этой, хорошо разработанной технически области является все же слабым утешением. Было бы лучше, если б в терапевтическом и диагностическом отношении можно было отметить хоть небольшой прогресс.

Почему же и после безупречной операции и гладком заживлении колики так часто возобновляются? Предполагая, что все существенное, написанное до сих пор по поводу этого вопроса, достаточно известно, я здесь приведу только краткое резюме.

Настоящие рецидивы камней, т. е. повторное образование камней в желчных ходах, правда, встречаются; однако, они столь редки, что мы с ними можем не считаться. Чаще встречаются незамеченные камни. При прежде применявшейся холецистомии это встречалось сплошь и рядом; с введением эктомии, дренировании *d. hepaticus* и промывании желчных ходов это, правда, случается гораздо реже; однако, и эктомия с дренированием *d. hepaticus* так же мало предохраняет и защищает от рецидивов, как и простая эктомия.

Однако, незамеченные камни и возобновившиеся осадки желчи, по сравнению с большим количеством операций желчных камней, слишком редки, чтобы служить удовлетворительным объяснением этих рецидивов. То же относится к стриктурам в *d. choledochus* и *d. hepaticus*, как это иногда встречается, напр., при безупречной операционной технике, к закупоркам *Papilla Vateri* вследствие хронических воспалений поджелудочной железы вследствие опухолей, рубцов и т. д.

Остаются, наконец, еще две больших группы — колики на почве сращений и воспалений. Послеоперативные сращения якобы приводят

к подтягиваниям, перекашиваниям, смещениям, перегибам крупных желчных путей и тем самым — к новым коликам. Но и это объяснение не вполне удовлетворительно. Как часто, напр., мы видим при брюшных грыжах, после операции по поводу гнойного воспаления слепой кишки, перитонита и т. п., обширнейшие и плотнейшие сращения без всякого нарушения функций. Однако, можно возразить, что кишка имеет совершенно иной просвет, чем *d. choledochus*; последний может быть скорее закупорен благодаря сращениям. Я напоминаю поэтому сужения уретры, трахеи, сосудов. Ведь здесь довольно часто лишь после долголетнего существования страдания, сильнейших сужений появляются клинически наблюдаемые расстройства.

Сращения после операций желчных камней образуются постепенно, не сразу; это, по крайней мере, относится к плотным сращениям, которые могли бы вызывать сужение и перегибы *d. choledochus*. Однако, мы видим рецидив колик, иногда уже очень скоро после операции, в иных случаях на второй или третий день. Во многих случаях колики в течение ближайших недель и месяцев становятся реже и слабее, следовательно, именно тогда, когда сращения сморщиваются и становятся плотнее. Все это говорит против той роли, которую склонны приписывать сращениям. Этот факт чрезвычайно отраден для нашей терапии, так как мы, к сожалению, должны сознаться, что не располагаем надежным средством для предупреждения сращений. Ни самая тщательная остановка кровотечения, ни покрытие брюшиной раненой поверхности, ни полное закрытие брюшных покровов не предохраняют от спаек. Это одно из тех великих разочарований, которое нам принесла вместе с все возрастающим опытом (Nägeli, Finsterer, Hartung) „идеальная холецистэктомия“.

Более приемлемой причиной продолжающихся колик является остающаяся инфекция. Но во многих случаях находят при повторной операции вполне стерильную и прозрачную желчь. К тому еще нахождение бактерий не доказывает причинной связи между инфекцией и коликами. Как в мочевыводящих путях, так и в желчных, бактерии могут существовать годами, как безвредные, живущие на поверхности паразиты. Для дуоденальной части *d. choledochus* это даже является правилом. Колики могут отсутствовать как при острой инфекции (напр., *Icterus catarrhalis*), так и хрониче-

ских (пример: тифозные бациллы в желчном пузыре). Следовательно, и предположение хронической инфекции не всегда объясняет рецидив.

Остается, наконец, еще одно: что заболевание, ведущее к коликам, вообще не относится к области желчных путей, а к соседним органам, как, напр., к язве желудка или двенадцатиперстной кишки. Это, несомненно, возможно. Однако, как часто самые тщательные поиски, будь то во время операции или на секции, не дают ни малейшего основания для предположения подобного заболевания!

Что же остается? Остается истерия, страшилище хирурга, но вместе с тем и его великая утешительница, к которой он прибегает там, где наступает предел его терапевтическим и хирургическим возможностям.

Kehr говорит: „Поразительно велико среди больных желчно-каменной болезнью число истеричных. Некоторые из них после операции выздоравливают, многим вмешательство не приносит никакой пользы, кажется даже, что оно способствует рецидиву истерических болей большей силы“.

И в другом месте: „Истинная истеричка остается часто при прежних коликах, независимо от того удаляется или оставляется желчный пузырь, закрывают ли *d. choledochus* или же дренируют *d. hepaticus*. Если начинающий работать в области хирургии желчных камней желает получить хороший результат, то он не должен оперировать истеричных“.

Что давать такого рода совет легче, чем придерживаться его, скажу лишь вскользь. Однако, мне вообще подобный ход мыслей Kehr'a представляется в настоящее время недопустимым. Это понятно только для того времени, когда жил и писал Kehr. Как мы понимаем война, в пылу битвы рвущегося вперед, не заботясь ни о павших товарищах, ни о добычах, так мы можем понять и хирурга, который в расцвете своего искусства, когда каждый день приносил новые успехи, не считался с деталями и, упоенный победой, или совершенно не замечал недочетов или предпочитал приписывать их больному, а не собственному бессилию. То, что тогда казалось понятным, теперь, в более спокойное время, недопустимо. Чтобы треть страдающих желчно-каменной болезнью или хотя бы значительная часть были истеричны, не станет утверждать

в настоящее время ни один серьезный врач. К тому же невропатологи все вновь твердят, что мы, хирурги, слишком часто ставим диагноз истерии. Другими словами, в большинстве случаев рецидивирующих колик предположение истерии является только признанием нашего незнания. Если это действительно была истерия, тогда, конечно, не следовало производить оперативного вмешательства; если же это не была истерия, тогда, как видно из рецидивов, диагноз и операция оказываются оплошностью, охватив в лучшем случае лишь побочные явления, а не суть дела.

Рецидивы приходится объяснять иначе: либо здесь запоздала наша помощь, либо наш нож не коснулся истинной локализации заболевания. Прежде всего приведу одно важное положение: в случаях, которые я имел в виду, характер колик до и после операции совершенно одинаковый. Едва ли поэтому для объяснения рецидивирующих колик могут быть привлечены изменения, являющиеся лишь последствием операции, следовательно, ни удаленный орган (желчный пузырь) — тогда ведь колики должны были бы прекратиться, — ни последствия операции, напр., сращения. Многие хирурги считают, что то обстоятельство, что колики всегда наступают через несколько недель после операции, является доказательством причинной роли сращения. Я не могу согласиться с их мнением. Во-первых, я наблюдаю колики иногда уже в первые дни после операции; во-вторых, у этих больных довольно часто колики, как это ни странно, отсутствуют неделями и месяцами без того, чтобы мы могли объяснить причину этого; и это независимо от того, лечатся ли они или не лечатся или — несмотря на то, что они лечатся.

После операции, кстати, постельное содержание, световая дуга, диета, болеутоляющие средства и т. п. достаточны для того, чтобы отсрочить колики. Но, как ни странно, ведь имеющиеся сращения в большинстве случаев остаются. Отчего же колики иногда не возобновляются месяцами, даже годами? Следовательно, здесь должны существовать иные условия, чем те, с которыми мы, хирурги, привыкли считаться.

В моей работе, посвященной этому вопросу, я высказывал еще мнение, что во многих случаях сращения являются причиной рецидивов; предупреждение спаек было бы равносильно шагу вперед. И тогда я не был вполне удовлетворен этим объяснением,

однако, лучшего объяснения я не мог найти. Дальнейшие наблюдения представили мне вещи в ином свете. Относительно этого вопроса я здесь распространяться не буду и приведу лишь один из тех случаев, которые все вновь заставляют нас задумываться.

Б-ая Е. К., принята 28 июля 1919 года. Высокая, крепкая, цветущая женщина 30 лет, мать четырех здоровых детей, страдает со времени второго послеродового периода (6½ лет тому назад) приступами колик в правой стороне живота сверху. Вначале между приступами большие промежутки, но вот уже полгода они повторяются почти еженедельно и чрезвычайно сильны. Лечение в Neuenahr'e год тому назад дало временное улучшение. Желтухи никогда не было; лишь во время последнего приступа — незначительная лихорадка. Область желчного пузыря болезненна при сильном надавливании; никаких других болезненных данных.

Диагноз „хронически рецидивирующий холецистит“ — операция 29 июля 1919 г. желчный пузырь больших размеров, стенка утолщена, в сторону d. cysticus мешкообразно расширен, содержит наряду с десятью величиной с лесной орех камнями около ста величиной с горошину.

D. cysticus свободен и пропускает во время отделения желчного пузыря желчь в d. choledochus. Крупные отводящие пути (d. hepaticus, choledochus) тонки и мягки. Камни при тщательнейшем исследовании нигде не прощупываются. Я удовлетворился поэтому холецистэктомией. Рана зашивается, оставляется только узкая дренажная трубка. Через 22 дня после операции больная выписывается из клиники без всяких болей, как здорововевшая.

Но уже через несколько дней мне сообщили по телефону, что приступы появились снова с прежней силой и частотой. В чем дело? Оставлен ли в d. choledochus камень? Быть может, это камень, который во время работы на желчном пузыре проскользнул через d. cysticus в d. choledochus? По ходу операции мне это представляется неправдоподобным. Вернемся, однако, к дальнейшему течению. Все способы лечения — термофор, карлсбадская вода, метиленовая синька (внутрь, имея в виду борьбу с возможной инфекцией желчных путей), атропин — остаются без длительного успеха. В начале 1920 года аборт на третьем месяце; в виду продолжавшегося кровотечения, 29 апреля 1920 года выписка матки. Во время пребывания больной в клинике тяжелый длившийся несколько часов приступ колик. Спустя четыре месяца, т. е., приблизительно через 10 месяцев после операции приступы прекращаются, без того чтобы в образе жизни больной что-либо изменилось. 2½ года никаких приступов. В это время (28 декабря 1921 года) больная должна была снова подвергнуться операции по поводу гангренозного аппендицита с ограниченным перитонитом. Больная проводит шесть недель в клинике; приступов колик не было. В середине ноября 1922 г., приблизительно через 3¼ года после холецистэктомии, снова появляются сильные приступы болей, с началом нового года почти ежедневно. Я лично наблюдал несколько таких приступов. Это несомненные желчно-каменные колики с сильным вздутием живота, рвотой, чувствительностью к давлению в области желчного пузыря. Общепринятые средства остаются без результата; лечение атропином также дает лишь временное улучшение. Почти каждый приступ требовал инъекции морфия. Состояние становится, наконец, невыносимым; пациентка соглашается на предложенную реяпоротомию.

1 марта 1923 года разрез по старому рубцу. Умеренные сращения, только дренажный канал превратился в более плотный, рубцовый тяж. Разрезом обнажаются желчные пути. D. choledochus заметно расширен. Камень не прощупывается. Соседние органы, как двенадцатиперстная кишка, желудок, поджелудочная железа, печень, не обнаруживают при тщательнейшем обозрении и прощупывании их болезненных изменений. D. choledochus вскрывается разрезом в длину у самой двенадцатиперстной кишки. В нем камней нет, как и в d. hepaticus; вытекает прозрачная стерильная желчь, толстые зонды проходят papilla Vateri. Поперечный разрез в двенадцатиперстную кишку (Choledochoduodenostomia). Брюшная полость закрывается, оставляется лишь тонкий дренаж, который через шесть дней удаляется. На второй и четвертый день по одному непродолжительному приступу болей на семнадцатый день сильные колики. Больная выписывается из клиники 23 марта. В ближайшие недели, несмотря на прекрасную поправку, все время приступы различной силы. После двух месяцев постепенное улучшение. И до настоящего времени больная не освободилась от колик, несмотря на начатое лечение атропином и папаверином.

Как объяснить здесь упорные, неустранимые двумя операциями колики? О незамеченных или образовавшихся впоследствии камнях не может быть и речи; сращения имелись, но, судя по вышеизложенному, их едва ли можно считать ответственными за колики. Главным образом, как объяснить при этом почти 2¹/₂ годичную, свободную от болей паузу? Ведь нельзя же предположить, чтобы сращения могли исчезнуть на этот промежуток времени. Также нет никакого основания думать об инфекции желчных ходов; болезненных изменений в соседних органах не было найдено (желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа). За истерию также ничто не говорит. У больной легко возбудимая нервная система, в чем нет ничего удивительного, принимая во внимание только что приведенную историю болезни, но это и все.

Остановимся на первых порах на фактах. Единственное, что при второй операции обратило на себя внимание (сращения, которым после вышесказанного не приходится придавать значения я оставляю в стороне), — это значительное расширение крупных желчных ходов (d. choledochus и d. hepaticus).

Mayo Robson первый отметил, что после удаления желчного пузыря наступало расширение ходов. Это наблюдение было в дальнейшем подтверждено многими, напр.: Oddi, Judd, Delore, Bronwale. Lichtenstern считал даже возможным доказать гипертрофию Sphincter papillae. Kehr отрицает расширение ходов. Там, где такое имеется, он считает его результатом оставшихся камней, хронического панкреатита и других стенозов papilla Vateri. Я не могу присоединиться к мнению Kehr'a Застой, предполагаемый Kehr'ом, исключается. Воспалительное припухание papilla,

о котором так часто говорит Kehr, ведь проходит в несколько дней и не может вести к столь продолжительным и заметным изменениям. Между прочим, никто не видел таких „воспалительных припухлостей“; мне кажется гораздо вероятнее, что дело идет о спастических процессах (в ответ на раздражение, вызванное операцией).

О функции желчного пузыря и крупных желчных ходов нам, правда, известно немного. Однако, то, что мы знаем, в достаточной мере доказывает, что хирурги слишком долго не придавали должного значения желчному пузырю. О нем никак нельзя говорить, как о рудиментарном органе, без которого прекрасно можно обойтись. По современному взгляду (Murphy) желчный пузырь регулирует совершающееся толчкообразно, в определенные промежутки, опорожнение желчи в двенадцатиперстную кишку. Отверстие d. choledochus в кишке охватывается сфинктером (Sphincter Oddi).

Согласно новейшим исследованиям, речь идет не о простом круговом мускуле, но, как мы это знаем по отношению к другим замыкающим мускулам, о сложной системе круговых и продольных волокон, которые простираются также и на значительную часть d. choledochus.

Периодически раскрываясь, тонически замкнутый сфинктер при одновременной контракции желчного пузыря проталкивает, наподобие эйякуляции, желчь в кишку. Мы предполагаем, что несмотря на сравнительно малую величину желчного пузыря (емкость 20—25 куб. см.), все же вся выделяемая печенью желчь постепенно проходит через желчный пузырь. Далее несомненно, что в пузыре происходит значительное обратное всасывание и тем самым сгущение желчи. Желчь в желчном пузыре, приблизительно, в восемь раз богаче плотными составными частями, чем в крупных ходах. Спирально расположенные клапаны в дистальном отделе d. cysticus действуют, как винтиль, на приток и отток желчи в пузырь и из пузыря.

Отделение и опорожнение желчи регулируется широко разветвленной системой нервных сплетений и ганглиев. Нервные волокна исходят из n. vagus, sympaticus, phrenicus. Ганглии лежат в plexus gastricus ant. и post., pl. coeliacus, phrenicus, heraticus. Затем нужно принять во внимание группу узлов в стенке двенадцатиперстной кишки (область papilla Vatlili) и ганглии, которые мы находим, подобно тому как в кишечнике pl. Auerbach'a и Meissner'a, в стенке желчного пузыря и крупных желчных ходов.

Всеми исследователями описывается особенно хорошо выраженные ганглиозные узлы в стенке шейки желчного пузыря и дистального отдела d. cysticus. Ганглии и нервы переплетаются друг с другом многократно.

Вся автономная система находится под постоянным напряжением, которое уже физиологически колеблется в известных пределах. В „зарядке“ системы принимают участие, главным образом, железы внутренней секреции.

Правильная функция (в данном случае — отделение и опорожнение желчи), естественно, возможна лишь при исправности обоих частей мотора, т.-е. нервной системы и органов, подлежащих ее влиянию (печень, выводные протоки желчного пузыря). Нарушение может зависеть от повреждения, от отклонений от нормы как тут, так и там. Совершенно также, как в часах: они могут остановиться вследствие лопнувшей пружины, как и от песчинки, попавшей в механизм, приводимый пружиной в движение. Перенесем это сравнение на нашу область: мы, хирурги, обращали до настоящего времени слишком большое внимание на камни и упускали из виду, по меньшей мере, столь же важные, если не более важные расстройства в моторе, т.-е. в нервной системе.

В живом организме, естественно, соотношения не столь просты, как в часовом механизме. Механический организм не может сам себе помочь. Часы останавливаются при мало-мальски значительном повреждении. Иначе обстоит дело в живом организме; здесь может идти речь о самопомощи и о регуляторах разного рода: возбуждение и притупление, замена функции одного органа другим и т. п. Характер и степень выравнивания, легкая или трудная приспособляемость колеблются в разных организмах в чрезвычайно широких границах. Если представить жизнь, как колеблющуюся систему (об этом см. в моей работе о Базедовой болезни в D. Zeitschr. f. Chirurgie, B. 166), то видно, что возбуждение в одном месте вызывает такой же конечный результат, как торможение в другом месте. В „круговороте жизни“ отдельным органам в каждом организме присуще различное и притом решающее значение.

В живой системе могут путем нарушения одной лишь функции, без анатомических изменений в организме, наступить тяжелые и вслед за ними и видимые глазом изменения. Спазм, как макротак и микроскопически совершенно неизменной cardia может

вести к сильнейшему растяжению пищевода и в связи с этим к язвам; спазм кольцевой мускулатуры кишки — к *ileus'u* и т. п. То же относится и к желчным путям. Беспорядочная работа мускулатуры и эластических волокон, спазм *Sphincter Oddii*, гипотония мускулатуры желчного пузыря могут вызывать, напр., более тяжелые расстройства, чем индифферентные анатомические разновидности ходов, чем покойно лежащие в желчном пузыре камни.

Центральные, т.-е. разыгрывающиеся в нервной системе расстройства могут и часто будут оказывать влияние при заболеваниях желчных путей. До сих пор мы говорили только о моторных расстройствах, как спазм и гипотония, но рядом с ними могут встречаться и секреторные расстройства: более богатое отделение холестерина и слизи, замедленное всасывание и т. п., подобно тому как в кишечнике (напр., пленчатый колит) или в легких (напр., бронхиальная астма). Kelling говорит о „мигрени живота“. Я вполне согласен с ним, за исключением лишь того, что эти состояния встречаются очень редко, приблизительно в 1 — 2% из числа больных, страдающих желчными камнями. Мне кажется сомнительным, чтобы в настоящее время можно было бы уже различать, как это делает Berg, особые формы функционального застоя, как мукоостазы и холестаазы. Однако, не подлежит сомнению, что мы вступили на путь открывающий перед нами новые горизонты для изучения и лечения. Первые причины образования камней — застой и измененный химический состав желчи — следует тогда искать в нарушении функции.

В пользу центральной, т.-е. лежащей в нервной системе, причины образования камней, говорит еще многое. Разве не поразительно, что часто у больных, страдающих желчными камнями, находят одновременно изменение секреции желудка: приблизительно у $\frac{3}{4}$ больных пониженную кислотность или полное отсутствие ее, у части остальных — повышенную кислотность? Удаление желчного пузыря, наполненного камнями, в этом отношении ничего не меняет. Эти данные понятны лишь, если предположить центральные расстройства, например, в *plexus coeliacus*. На общий источник возбуждения указывают и сильные перистальтические сокращения желудочной стенки, которые мы так часто наблюдаем при желчно-каменных коликах (Schmidt доказал их рентгенологически).

Образование камней следует рассматривать только, как результат функционального расстройства. Значение застоя для образования желчных камней подчеркнул уже Naunyn; он первый дал ясную картину застойного желчного пузыря. Однако, если он считает еще инфекцию (восходящую или проникающую по кровеносным путям) необходимой для выпадения камней, то мы благодаря работам Aschoff'a в настоящее время пошли значительно вперед. Aschoff доказывает, что по крайней мере большая часть камней с радиарной исчерченностью, образуется без всякой инфекции, только в силу застоя желчи. Холестериновое ядро многочисленных других камней, так наз. комбинированных, указывает на то, что образование камней вначале происходит без участия бактерий; инфекция способствует лишь последующим наслоениям; желчно-каменной болезни, связанной с воспалительным состоянием, по словам Aschoff'a предшествует, в большинстве случаев, желчно-каменное страдание без воспаления. Чрезвычайно большое значение представляет для лечащего врача вопрос в чем именно причина застоя. Мышление здесь прибегает, как и в других областях медицины, прежде всего к чисто механическим представлениям. Berg, как и Schmieden предполагают анатомические отклонения: ненормальное положение желчного пузыря и желчных ходов, перегибы шейки пузыря, более значительное образование складок в d. cysticus, давление на сторону соседних органов, например, беременной матки и т. д. Мне уже давно такой способ врачебного мышления казался неудовлетворительным (сравн., напр., мою работу „О нервных спазмах кишечника и т. д.“ в Grenzgebiet., 32, 1921 г. см. отдел I этой книги).

Что мы думали бы, напр., о шоффере, который при порче автомобиля ищет повреждение только в колесе и оставляет без внимания мотор? Однако, наши добросовестные исследователи разве поступают иначе? Приведем, для примера работу Schmieden'a и Rohde „Застойный желчный пузырь с обращением особого внимания на этиологию застоя желчи“. Основываясь на точных анатомических исследованиях, подтверждающихся и клиническими наблюдениями, авторы считают доказанным, что конструкция желчевыводящей системы — весьма несовершенна. Приводится, прежде всего, то обстоятельство, что желчь протекает по d. cysticus в двух направлениях — устройство, подобное которому не встречается в других частях нашего организма. Еще хуже — бесчисленные за-

труднения на пути опорожнения желчи из желчного пузыря в d. choledochus и кишку: давление сокращающегося желчного пузыря на porta hepaticus, отсюда компрессия d. cysticus; уплощение пузыря брюшными покровами, давление двенадцатиперстной кишки и привратника на желчные пути, винтильное замыкание d. cysticus складками и т. п. В другом месте Schmieden говорит: „Сложную систему желчных путей, предназначенную для хранения желчи — нельзя считать шедевром природы“.

Я сильно сомневаюсь в правильности такого хода мыслей.

Что меня вновь поражает в столь добросовестных и ценных трудах, как работы Schmieden'a и Rohde это чисто механическое понимание, столь характерное для современного хирургического мышления. Все исследуется, измеряется, записывается тщательным образом: форма, положение, величина, строение желчного пузыря и желчных путей, складки в d. cysticus, железы, секрет, разновидности и патологические отклонения и т. д. Упускается только из виду, что в живом организме соотношения могут быть совсем иными, чем у трупа и на органах обработанных формолем и параффином. Если в последних, напр., давление и противодействие оставляют ясные следы, то откуда мы знаем, что живые, эластические и подвижные формы не подходят друг к другу более совершенно. И если мы теперь действительно получили представление об этой замысловатой системе, то все же остается открытым мой первый вопрос — кто управляет этим чудесным инструментом? Schmieden ни единым словом не упоминает о моторе, приводящем в движение тонкий механизм и регулирующим его, то повышая его деятельность, то замедляя, направляющем ток желчи то в сторону кишки то в сторону желчного пузыря, следящем за сгущением желчи и т. д.

Процессы, как их излагает Schmieden для застойного желчного пузыря, должны ведь лежать в основе желчнокаменных колик. Всякий полый орган стремится продвинуть свое содержимое, преодолевая препятствия. Вместо обычной закономерной работы стенок, наступают неправильные, судорожные сокращения, которые и дают клиническую картину колик. До этого пункта я согласен со Schmieden'ом; но я задаю вопрос, почему внезапно появившееся препятствие должно зависеть от анатомических отклонений? Большинство из этих отклонений ведь врожденные, однако, все в течение десяти-

тилетьй прекрасно функционировало. Вдруг появляется расстройство, появляется приступ желчных колик. Разве не будет правильное предположить функциональное расстройство, допустим спазм в силу повышения возбудимости нервной системы? Сам Schmieden очень наглядно излагает, как при нормальных условиях сильное давление на желчный пузырь препятствует оттоку желчи через d. cysticus, в то время как при легком давлении продвижение ее совершается беспрепятственно. Не вытекает ли уж из этого, что все зависит меньше от инструмента, чем от того, как на нем играют? Достаточно себе представить, что деятельность мускулатуры желчного пузыря чрезмерно возбуждена и тогда появление колик само собой понятно. Одним словом, я не верю ни в несовершенство конструкции наших желчных путей, ни в недостаточность их приспособления к вредностям, обусловленным прямым положением человеческого тела. Негры и другие дикие народы ходят так же прямо, как и мы европейцы. Из просмотренной литературы, из опросов многих старых врачей колониальных войск, явствует, что желчные камни относятся к величайшей редкости среди диких и полудиких человеческих племен—далее, как объяснить, что в Японии (Mijake) страдающих желчными камнями полтора раза меньше чем у нас.

Я это приписывал бы двум моментам: 1) отрицательному естественному подбору, который культурное человечество проводит сознательно или бессознательно, культивируя малоценные варианты, которые в животном мире были бы изъяты; 2) плохому пользованию культурным человечеством своими органами, сказывающемся в нецелесообразной одежде, малоподвижном образе жизни, в первую очередь,—переедании, неправильном питании, в употреблении ядов, как алкоголь, кофе, табак, затем—в сонме инфекций, главным образом, сифилисе.

У животных желчные камни встречаются чрезвычайно редко и, что является чрезвычайно знаменательным, почти только у домашних животных (лошадь, рогатый скот, реже собака, в исключительных случаях—кошка, свинья, овца, курица). Большинство ветеринарных врачей считают недостаточность движений (содержание в стойлах) виновником образования камней. Из живущих на свободе животных, камни находят иногда лишь у зайцев и ланей. Даже у человекоподобных обезьян, для которых естественным является если не

стоячее; как у человека, то все же полустоячее положение и которые именно так передвигаются, желчные камни, поскольку мне известно, никогда не были обнаружены.

Следует помнить, что из всех живых существ человек дальше всего уклонился от естественных форм существования, что он в этом отношении превзошел даже самое ручное домашнее животное.

Если усвоить себе изложенные здесь взгляды, то мы лучше поймем и роль камней при желчных коликах. Последние являются выражением беспорядочной работы, нарушенной гармонии, чрезвычайно искусно построенной системы желчных путей. Обратного положения, однако, быть не может: т. е. не всякое нарушение функции, не всякий застой вызывает колики. Я указываю на вышеприведенные цифры Riedel'я.

Появление колик при желчных камнях зависит от двух моментов: 1) от силы раздражения, вызванного камнями и 2) от того, в какой мере нервная система реагирует на данное раздражение.

Что острая закупорка, напр., внедрение камня в шейку желчного пузыря, в *d. cysticus*, в *d. choledochus*, вызывает очень сильное раздражение — ясно. То же относится и к тяжелой острой инфекции. Если закупорка совершается постепенно, если речь идет о более хронически протекающей инфекции, то может возникнуть как видно из многочисленных вскрытий, полная закупорка желчного пузыря, без того чтобы когда-либо наблюдался острый приступ. Приспособление совершается без клинических расстройств.

У женщин с их более лябильной нервной системой чаще встречаются расстройства в опорожнении желчи (образование камней, колики). Это представляется неизбежным последствием, так же как и то, что во время месячных припадки учащаются. И влияние беременности — среди страдающих желчными камнями женщин матери относятся к бездетным, как 7 к 1 — не столько следует сводить к механическим причинам, как напр., давлению матки на печень, сколько (и это весьма вероятно), к изменению функции, связанному с вегетативной нервной системой. Как работа желудка иногда сильно изменяется в первые месяцы беременности, где не может быть еще и речи о давлении матки на желудок (неукротимая рвота), точно так мы должны предположить в этот период подобные же нарушения и в соседней системе желчных ходов, иннервирующихся из тех же нервных центров: как на желудке, так и здесь

моторные и секреторные расстройства, т. е. колики, повышенное содержание холестерина в желчи, образование камней и т. п.

Мы теперь понимаем и влияние душевных возбуждений в обоих направлениях: и как вызывающих заболевание, и как излечивающих его. Если ганглии и нервные волокна, снабжающие область желчевыводящих путей чрезмерно возбудимы (низкий порог раздражения), то душевные влияния на нервные пути (мозг, симпатическую и вегетативную систему) могут легко вызывать колики. Наоборот, притупление возбудимости, напр., путем внушения, повышают порог возбуждения и тем самым приводят к прекращению колик. Так объясняются те случаи, в которых при вмешательстве ничего не находим, ничего не предпринимаем, а колики все же исчезают.

Теперь станет понятным тот факт, что сильные колики бывают и без наличия камней. Камни являются наиболее частым, но не единственным раздражителем, вызывающим колики в желчных путях.

Многими авторами (Amberder, Albu, Boas, Rohde) наблюдалось увеличение заболеваний желчными камнями во время войны. Rohde полагает, что преимущественно вегетарианская пища объясняет это. Это мне что-то непонятно. Почему же японцы страдают желчными камнями значительно реже, чем мы, а дикие народы вообще не подвержены этому заболеванию, хотя они питаются преимущественно растительной пищей? Не играют ли здесь, как и при других заболеваниях в области автономной нервной системы — я имею в виду, например, спастическую обстипацию, главную роль, волнения всякого рода, страх, горе, заботы, бессонные ночи? Этим объяснялось бы и заметное увеличение желчных камней и колик в более пожилом возрасте. В самом факте сомневаться не приходится. Правда, Rohde на основании собственных наблюдений в клинике Schmieden'a приходит к тому заключению, „что желчнокаменная болезнь чрезвычайно редко встречается в юношеском возрасте, что в третьем десятилетии заболеваемость сразу резко повышается и в четвертом десятилетии достигает своего максимума, после этого снова постепенно понижается и с восьмого десятилетия встречается лишь редко“. По-моему это слишком поспешное заключение, по меньшей мере, относительно пожилого возраста. Люди в возрасте тридцати — сорока лет сами по себе преобла-

дают, но доживают до восьмого десятка весьма немногие. Истинную ценность имела бы статистика, указывающая, сколько из живущих определенного возраста является носителями желчных камней (данные операции и секции) или же страдают желчно-каменной болезнью. Мы знаем, что обе части, как мотор, так и органы, на которые он действует, к старости изнашиваются. Мускулы становятся дряблыми, волокна теряют свою эластичность, деятельность клеток ослабевает. Это относится особенно к клеткам нервной системы. Ганглиозные клетки, в противоположность другим клеткам тела, не могут быть замещены. Они того же возраста, как и их носители; уже рано наступают в них известные старческие процессы, особенно пигментная атрофия.

Рассматривая на основании вышеизложенных взглядов, прогноз операции желчных камней в отношении продолжения колик, надо считаться с двумя возможностями:

1. Функциональные расстройства встречаются, главным образом, в желчном пузыре и в выводных путях. Имеется ли, в частности, камень, закупоривающий *d. cysticus*, застойный желчный пузырь, инфекция, гипотония стенки, повышенная возбудимость ганглий *d. cysticus* — безразлично. Мы в этих случаях эктомией устраняем причину — точно также, как если бы, напр., удалили песчинку из конъюнктивального мешка. Однако, прекращаются ли колики благодаря этому вмешательству навсегда — это в каждом отдельном случае зависит от приспособляемости крупных желчных путей.

Нет основания сомневаться в том, что подобные процессы в человеческом организме действительно разыгрываются. Только, если большие желчные ходы в состоянии взять на себя функцию выпавшего желчного пузыря, колики не появляются. Довольно часто ко времени операции уже имело место выключение желчного пузыря и приспособление желчных ходов. В других случаях после операции колики еще продолжают, но постепенно становятся все реже и, наконец, совсем стихают что является для нас показателем удавшегося приспособления. Приноравливание крупных желчных путей к своим новым задачам может быть достаточным для дальнейшего существования данного субъекта. Недостаточность путей, которая может иногда наступить через много лет, обозначает расстройство функций, т. е. возобновление колик.

2. Расстройство функции наблюдается скорее центрально, т. е. принимают участие ганглии вокруг sphincter'a Oddii и ganglion solare. Сюда относятся, по-моему, многие, быть может, большинство случаев так называемого холецистита без камней. И здесь эктомия пузыря может принести пользу, так же как мы, напр., при Базедовой болезни можем помочь больному удалением щитовидной железы, хотя последнюю нельзя рассматривать ни как первоначальный, ни как единственный очаг заболевания.

На вопрос о том, насколько при таких излечениях играет роль внушение, мы останавливаться не будем. В вопросах о колицах решающим является приспособляемость желчных ходов до и после операции.

Я не думаю, что изложенные здесь взгляды могли бы сильно повлиять на наши показания к операции в хирургии желчных камней. Острую и хроническую эмпиэму, камень в d. choledochus, холангит попрежнему придется оперировать безотлагательно. Ведь мы оперируем в таких случаях не из-за колик, а в виду опасности, угрожающей жизни больного в случае инфекции или хронической желтухи. Мы все еще встречаем слишком много запущенных случаев.

Несколько иначе обстоит дело при невоспалительных коликах. Мы оперируем здесь в виду приступов болей, которые понижают работоспособность и жизнерадостность. Как во время Riedel'я, так и теперь призывают к ранней операции, т. е. операции в начале заболевания и в молодые годы (см. Отчет Немецкого Хирургического Конгресса в 1923 г.). Несомненно, выполнение этого пожелания уменьшить значительно смертность, за это говорит и статистика. Безусловно, мы реже будем видеть дурные последствия продолжительного желчнокаменного страдания — восходящую инфекцию, перерождение печеночных клеток, недостаточность печени. Быть может, уменьшится и число послеоперационных колик. Мы ведь знаем из многочисленных областей медицины, что приспособляемость, которой мы придаем большое значение, легче и лучше удается молодому организму, нежели старому. Точно также известно, что расстройства нервной системы, раз они укоренились, т. е. существуют годами, гораздо труднее возвращаются к норме, нежели свежие.

Польза ранней операции в этом направлении собственно уже должна была бы быть общепризнана, если и не у нас, где ранняя операция желчнокаменного стра-

дания еще не привилась, то, напр., в Америке. Будучи там в 1921 году, я мог только подтвердить установленное другими немецкими хирургами: американцы поразительно рано удаляют заболевший желчный пузырь. У Мауо я видел, напр., ежедневно 4—5 операций желчных камней; у нас едва ли хоть один лег бы на операционный стол с таким анамнезом и такими объективными данными. Мне в настоящий момент заграничная литература, к сожалению, недоступна настолько, чтобы я мог ответить на вопрос о продолжительности результатов.

И другой важный вопрос должен был бы быть уже решен в Америке. Я уже выше говорил, что не прямое положение, не анатомические варианты, но вредности, стоящие в связи с цивилизацией (человек—это живое существо, наиболее удалившееся от естественных жизненных условий), подготавливают почву для заболевания желчных путей, в особенности, для образования камней. Как обстоит в этом отношении вопрос у 12 миллионов негров Соединенных Штатов? Их соплеменники в Африке не страдают желчными камнями. Исправили ли это упущение американские негры, которые одновременно со своим освобождением пользуются в высокой мере и благами культуры?

Правда, я еще не совсем убежден, что надежды на уменьшение возврата колик путем ранней операции оправдаются. Если наши представления правильны, то мы, удаляя желчный пузырь, уничтожаем их очаг, где функциональные расстройства желчной системы сказываются наиболее часто и сильно; для нас недоступна истинная, своеобразная причина моторных расстройств и расстройства обмена веществ. Тоже относится и к застойному желчному пузырю. До сих пор Schmieden получил излечение во всех оперированных случаях, но число их слишком мало, время наблюдения слишком коротко. Я, согласно моим представлениям, уверен, что колики в некоторых случаях возобновятся. Zander уже указал на то, что в некоторых случаях застойного желчного пузыря холецистэктомия бесполезна. Мы должны, по меньшей мере, продолжать свои наблюдения. С другой стороны, как это показывают прекрасные результаты операции Базедовой болезни, отнюдь не всегда необходимо действовать непосредственно на очаг заболевания. Достаточно в преобладающем большинстве случаев подействовать в надлежащем месте, прервать болезненный круг удалением наиболее пораженной части, дать организму возможность восстановить равновесие.

Еще более важным, чем ранняя операция, кажется мне вопрос о профилактике. Если будем рассматривать, как Berg, Schmieden и др. застойный желчный пузырь, как следствие анатомических отклонений, как недостаточную приспособленность к прямой по-

ходке, то, конечно, остается лишь примириться с существующим положением. Анатомические отклонения желчных путей нельзя распознать перед операцией, как и профилактически исправить; к хождению на четвереньках мы и подавно вернуться не можем. Если же мы предположим, что расстройства регулирующего центра вызывают в подлежащих им органах застой, колики, образование камней и т. п., то в таком случае, можно было бы так или иначе найти возможность воздействия. К прямой походке культурный человек, как я уже выше излагал, хорошо приспособился, однако, нервная система, находящаяся в состоянии непрерывного дальнейшего развития, не всегда может идти в ногу с действительными и мнимыми требованиями цивилизации. Здоровый образ жизни, простое питание, достаточное пребывание на открытом воздухе, нормальная половая жизнь, избежание или, по меньшей мере, умеренное употребление таких вредных вкусовых веществ, как кофе, табак, алкоголь, может принести и принесет здесь большую пользу.

Мы должны обратить особое внимание на многочисленных больных, у которых вегетативная нервная система всегда находится в состоянии гипертонии. Мы видим на приеме (Eppinger и Hess) таких ваготоников ежедневно. Жалобы у них разнообразны: повышенная кислотность желудочного сока, спазмы кишечника (при илео-спазмах часто производится аппендектомия в „холодном периоде“ или по поводу „хронического аппендецита“), спастическая обстипация, неврозы пузыря, дисменоррея, вагинизм, боли в силу энтероптоза и т. п. Нередко жалобы таких больных напоминают таковые при желчных коликах и являются довольно часто предвестниками более серьезных расстройств. Лечение атропином устраняет часто моментально эти расстройства, нередко на долгие годы.

Более сдержанным с оперативным вмешательством следует быть в двух направлениях:

1. Мы не должны так легко относиться к удалению хорошо функционирующего желчного пузыря. Я имею при этом в виду холецистит без камней и застойный желчный пузырь. Во многих случаях мы имеем расстройства чисто функциональные, с которыми целесообразнее бороться другими путями, нежели ножом. Операция к тому еще здесь довольно часто не только не улучшает состояния, но иногда даже ведет к ухудшению. Что желчный пузырь не у всех людей играет одинаково важную роль—не подлежит сом-

нению. Довольно часто он может быть удален без всякого вреда, как это показывают повседневные наблюдения. Однако, никак нельзя согласиться с таким мнением, какое, напр., высказывает Kehr: „Людам, не имеющим желчного пузыря, во всяком случае лучше, нежели тем, которые им еще обладают“.

2. Следует быть более сдержанным с новой операцией после безрезультатной цистектомии (безрезультатной в отношении колик). Несомненно и здесь встретятся случаи (я приводил историю болезни в моей первой работе), где данные, в первую очередь—желтуха, лихорадка, потеря веса и упадок сил — определенно указывают на органическое страдание. По большей части только операция выяснит, что именно имеется: стеноз, оставленные или вновь образовавшиеся камни, холангит.

Однако, как же лечить другие случаи, случаи чисто функциональных расстройств? Как избавить больных от колик? Естественно, здесь приходится думать, в первую очередь, о повторном хирургическом вмешательстве, тем более, что мы видим столь блестящие результаты оперативного лечения при других спастических расстройствах, как например, при кардиоспазме, при пилороспазме грудных детей, при спазме sphincter'a ani. Конечно, это так, однако, не следует упускать из виду, что операция приносит пользу не при всех видах спазма. При пилороспазме взрослых, напр., сама собой напрашивается мысль о гастрероэнторостомии. Кто однако, ее производил несколько раз, наверно, больше не прибегнет к ней. При спазме сфинктера пузыря, например, при простатите наложение фистулы над пупком довольно часто не дает ни малейшего облегчения. На мой взгляд, почти так же обстоит дело при функциональном спазме в области желчных путей. Ни расширение papilla Vateri с дренажем или без него, ни разрез сосочка не дали вполне благоприятных результатов. Бесчисленное количество новых предложений служит доказательством этому. И холедохо-дуоденостомия (Sassa Flörcken) помогает не во всех случаях (см. мой случай 2). Мне кажется, что это технически все же не совсем легкая операция (я сам, правда, до сих пор произвел ее только дважды); риск слишком велик и успех может быть достигнут и менее опасным путем.

Treplin видел хорошие результаты при рецидивирующих коликах от регулярно проведенного лечения массажем. Его истории бо-

лезни неубедительны для меня. Во-первых, многие колики исчезают ведь со временем сами собой, т. е. организм постепенно приспособляется и выравнивает недочеты. Нельзя исключить и влияние внушения, при чем я настоятельно подчеркиваю, что я это говорю не в виде укора. Ведь главное, чтобы наши больные были излечены, а не в том, как мы их лечим.

Прекрасно помогали во многих подобного рода случаях противоспазматические, внутренние средства, главным образом атропин и папаверин. Несомненно, здесь могут возникнуть те же возражения, которые я приводил против массажа, предложенного Treplin'ом—возможность самоизлечения, влияние внушения. Все же противоспазматическое действие этих средств действительно установлено как клинически, так и экспериментально. При спастическом желудке можно наблюдать это действительно на экране при рентгеновском исследовании. Уже при острых приступах колик, я, исходя из этих представлений, назначаю всегда морфий или пантопон с атропином. Но и при хроническом рецидивирующем холецистите я видел часто поразительные результаты. Больные с тяжелейшими коликами, которые не соглашались на настойчиво предлагаемую операцию и уже раньше лечились всем (лечение в Карлсбаде, хологен, лечение маслом и т. п.), при применении атропина освобождались от колик и оставались без них в течение многих лет. И здесь упомянутая больная с тяжелейшими постоперативными коликами после трехнедельного лечения атропином, без применения других средств, довольно быстро освободилась от колик и до настоящего времени (в течение 4 месяцев) они не возобновлялись.

То, что мы знаем о действии атропина, позволяет предположить, что это средство действует на функцию брюшных внутренних органов, а именно полых органов, регулирующим образом, на подобие действия дигиталиса на сердце. Устраняет ли атропин первичные, предполагаемые в ганглиях расстройства или вторичные (спазмы в иннервируемых ими органах) для нас, практиков, безразлично. Дигиталис не имеет ни малейшего влияния на анатомические соотношения при недостаточности митрального клапана, однако, прекрасно регулирует расстроенную функцию. Однако, как дигиталис действует не на все расстройства функции сердца, напр., не влияет на тахикардию при Базедовой болезни, точно так же и

при лечении атропином его применение остается довольно часто безрезультатным. К этой группе следует отнести тех не слишком редких пациентов, которые носятся со своей болезнью и так свыклись с нею, что как-то не хотят избавиться от нее.

Многое из того, что нас в настоящее время занимает в хирургии желчных камней, я смог очертить лишь бегло. Обширное поле работы лежит еще перед нами. Как и в других областях медицины, так и в хирургии, происходит на наших глазах важный перелом, переход от чисто механических представлений к рассмотрению функции и, в тесной связи с этим, к изучению конституции. Дальнейшая работа мне представляется многообещающей в двух направлениях: во-первых, изучение по пути, указанному пионером в этой области Westphal'ем, т. е. развитие учения о функциональных расстройствах отделения и опорожнения желчи. Затем еще одно, чего, на мой взгляд, недостает у Westphal'я. Разве невозможно расстройства в моторе, т. е. в ганглиях сплетений, доказать анатомически? По моему мнению, здесь следует ожидать ценных открытий. F. Krause еще в 1896 г. описал анатомические изменения в Гассеровском узле при невралгии тройничного нерва. Я указываю дальше на недавно появившиеся работы Holler'a и Pollack'a о заболеваниях ганглий при язве желудка. Очень возможно, что систематические исследования ганглий и нервных сплетений и при расстройствах в области желчных путей дали бы непредвиденные результаты.

КАК всякое человеческое знание, и медицина не всегда идет в своем развитии по прямому пути. Цель нашего искусства — лечение больного человека — стоит перед нами, как и некогда, высокая, но, пожалуй, полностью недостижимая; дороги к ней многочисленны и разнообразны. То эта дорога подымается круто и быстро на высоту и в десятки лет достигает того, что не удавалось тысячелетиями. Затем она в течение долгого времени идет ровно или даже под гору. То она уклоняется в сторону, иногда обходя таким образом препятствия, с которыми иначе не справиться, часто, однако, забываясь в безвыходную чащу.

Это относится к медицине вообще, как и к ее отдельным областям; ничего не может быть интереснее для любителя истории медицины, чем следить за этими, частью крайне запутанными зигзагами ее путей.

Но стоит ли это труда? Не лучше ли указать новые пути, чем проследживать старые, частью уже оставленные ложные тропинки? Не совсем так!.. Все вновь и вновь вступаем мы на неправильные пути. Сохранилось бы много времени и работы, и — не в последнюю очередь — не приносились бы ненужные жертвы человеческими жизнями, если бы это было иначе, если бы все снова не совершались те же самые ошибки.

К подробному рассмотрению одной из этих, все вновь совершаемых ошибок в хирургии мы ниже и приступаем. Это — лечение функциональных расстройств в области брюшной полости посредством операции.

Висцеральные неврозы представляют многообразную клиническую картину. Суждение врача затрудняется двумя положениями:

во-первых, тем, что во всех органах брюшной полости имеются отклонения, которые можно устранить или исправить операцией. И если мы находим при висцеральном неврозе какие-либо безвредные, многими людьми оставляемые без внимания изменения, то велик соблазн свести боли к этим маловажным отклонениям и прибегнуть к операции. Во-вторых, как мы, врачи, за исключением немногих, к которым к тому же часто относятся недоброжелательно, подчиняемся господствующим в данное время взглядам (закону моды, или кому это больше нравится, закону контраста),— так всегда имеется резервная армия нервно-лабильных людей, склонная нарушения в своем организме принаравливать к заболеваниям, стоящим в данный момент на первом плане практической хирургии. Врач и больной влияют друг на друга в излюбленном в данное время направлении.

Эти закономерные отношения можно проследить во всей истории медицины. Как ни интересна именно эта сторона нашей профессии, я, не претендуя на полноту изложения, ограничусь эпохой новой хирургии, т. е. приблизительно последним столетием.

Первая большая хирургическая операция, которую мы встречаем на пороге этого столетия, это удаление кистозно-измененного яичника Mac-Dewell'ем (1809). Что же получилось впоследствии? Вначале удалялись хирургическим путем только действительно больные яичники, перерожденные кистозно или злокачественно органы, однако, вскоре подвергаются удалению и сотни тысяч совершенно здоровых или мало измененных яичников. Уже старый Нуртl резко выступил против этого опасного увлечения, против этого „*ius impune occidenti chirurgorum*“; Sprengel говорит о фюрменной мании кастрации, охватившей хирургов.

Именно здесь я хотел бы установить одно. Несомненно всегда имелись малосведующие врачи, имелись хирурги, которые злоупотребляли ножом, т. е. применяли его без достаточных оснований. Однако, они составляли и все еще составляют редчайшие исключения. Мы не имеем ни малейшего основания предполагать, что наши предшественники в области хирургии были глупее или менее добросовестны, чем мы.

Что касается показаний к хирургическому вмешательству, я был бы склонен предполагать скорее обратное. Ужасы до-антисептической эры заставляли мыслящего врача решаться на опе-

рацию, несомненно, с гораздо большим трудом, чем теперь. Однако, куда девалось бесчисленное количество женщин, которые в те времена устремлялись к хирургу для удаления яичников? Встречаем ли мы еще больных с „хроническим оофоритом“, где бы нам приходилось думать об оперативном вмешательстве? Они исчезли, за немногим исключением; изредка приходится только слышать о срощениях яичника с хронически воспаленным отростком и об одновременном удалении этих органов. Я лично подобных больных уже годами не видел у себя на приеме. Предположение, что хирурги способствовали посредством этих операций отрицательному естественному отбору (удаление яичников и тем самым — уменьшение числа женщин, способных передавать наклонность к подобным заболеваниям потомству), едва ли допустимо. И во время сильнейшего разгара этой мании кастрации большинство зрелых женщин сохранили свои яичники. Нет, должна быть иная связь. Как только мыслящие врачи объяснили бессмысленность таких ненужных вмешательств и как только остальные врачи следуют их примеру, то и среди пациенток прекращаются жалобы, якобы с несомненностью указывающие на заболевание яичника.

Особенно показательны в этом отношении вполне закономерные соотношения при так называемой блуждающей почке. Я спрашиваю, кто из хирургов видит еще теперь на приеме женщин, к которым только благодаря пришиванию блуждающей почки снова возвратилась работоспособность и жизнерадостность? Мы просто лучше присмотрелись к соотношениям, уже не верим больше в причинную связь, и уже исчезает представление о болях, вызванных подвижной почкой, и вместе с этим требование фиксации ее оперативным путем.

Каждый хирург будет оперировать при действительном перерыве мочеточников (интерметтирующий гидронефроз). Все же подобные случаи составляют редкие исключения по сравнению с сонмом больных, у которых блуждающая почка является лишь выражением конституциональной слабости, и боли имеют лишь психологическую причинную связь с их состоянием.

То же относится к выпрямлению и пришиванию матки в состоянии ретрофлексии. Скольких женщин пришлось мне впоследствии исследовать, у которых несмотря на безупречную антефлексию боли, обусловленные конституцией, продолжались!

Тот, кто просмотрит литературу определенных периодов, не может не заметить, что параллельно с возникновением и развитием какого-нибудь оперативного способа лечения тотчас же появляется полчище больных, готовых отдаться в распоряжение хирурга. Я напоминаю о так называемом хроническом аппендиците и о гекатомбах без нужды принесенных в жертву отростков. Кто вообще знал раньше это заболевание? Именно теперь приходит к концу период увлечения аппендектомией.

Я хотел бы привести еще несколько примеров из недавнего прошлого. Возьмем, хотя бы *Hernia epigastrica*. Не гордились ли мы, особенно будучи молодыми хирургами, обнаруживая у людей с неопределенными жалобами со стороны желудка эти незначительные грыжи брюшной стенки, в особенности, если эта находка ускользала от внимания других врачей? Однако, прочтем сводную работу Melchior'a об этом страдании. Как различны суждения! По мнению одного, безвредная случайная находка, согласно другому — причина бесчисленных страданий, источник тяжелейших телесных недугов, даже путь к смерти. Richter, Wernher, Niehues и другие приводят такие же истории болезни, как, напр., Colley в своей книге о хроническом аппендиците. Сравним безуспешность этих операций в смысле продолжительности излечения. И здесь точно так же, как и при хроническом аппендиците: в 50% случаях боли остаются после устранения грыжи без перемен или даже ухудшаются. И, наоборот, чудодейственное лечение, напр., после наложения бандажа на невправляющуюся грыжу, полное исчезновение болей, значительное прибавление в весе, возврат трудоспособности и жизнерадостности. Не подлежит сомнению, что здесь внушение играет очень большую, если не решающую, роль.

Еще в большей мере это относится к обширной области энтероптозов. Все вновь обнаруживаются подвижные органы, приводятся все новые способы их искусной фиксации. Вначале речь шла об опущенной почке или о ретрофлексированной матке, а впоследствии — и об опущенном желудке, толстой кишке, печени, подвижной слепой кишке и т. п. Вникая глубже в работы таких периодов, мы видим все вновь одну и ту же картину. Вначале врач, затем больной относят жалобы к каким-либо имеющимся в действительности отклонениям. И если, пожалуй, еще удастся доказать успешность оперативного лечения, то тогда уже нет сомнения

в причинной связи. Еще один шаг,— и при каких-либо функциональных расстройствах уже ищут принципиально механическое препятствие и, естественно, что при обилии возможностей, предоставляемых живым организмом с его многочисленными разновидностями и маловажными сами по себе отклонениями, эти поиски обычно увенчиваются успехом.

Приведем несколько примеров. Прежде всего гастроптоз. Мы находим у людей с жалобами на боли в желудке опущенный желудок, иногда с задержкой эвакуации. Хирургу прежде всего приходится на ум устранить неправильное положение желудка и тем самым боли путем подшивания его. Производится операция—ведь мы видим у известнейших хирургов прямо таки соревнование в изобретении все новых способов,— значительный процент больных освобождается от болей, и это для многих из нас служит доказательством правильности диагноза и терапии. Но если тот, кто занимается подробно этими вопросами, хоть несколько знаком с историей медицины и, не связанный тесным кругом хирургического мышления, может к ним отнестись критически, тот и после изучения новейших работ не отделается от сомнений.

Возьмем для примера последнюю работу Perthes'a о хирургическом лечении гастроптоза по его новому способу. И эта работа, как бы хорошо и дельно она ни была написана, не может меня убедить, что основоположения ее правильны. Раз мы встречаем довольно часто сильнейшее опущение желудка без малейших болей, с чем соглашается и Perthes, то должно же иметься еще нечто, что у определенных людей вызывало бы такие боли. Это, по мнению Perthes'a, так и бывает. А именно „стеноз от перегиба верхнего отдела двенадцатиперстной кишки“ служит препятствием для опорожнения желудка. Препятствие может некоторое время преодолеваться, хотя бы с болями, усиленной работой желудка (на рентгенограмме нет шестичасовой задержки содержимого). Но если перенапряженная мускулатура желудка становится атоничной, то она больше не справляется со своей работой, в желудке остается значительный остаток. Предположим, что такой ход мыслей правилен. В таком случае, с точки зрения хирурга, могут быть два способа для устранения дурных последствий такого механического препятствия: либо удаляется сужение или же его обходят. В случае препятствия при выходе из желудка это обозначает: резекция пре-

вратника или гастроэнтеростомоз. Обращает на себя внимание уже то, что гастроэнтеростомоз при гастроптозах со стенозом от перегиба верхней части двенадцатиперстной кишки, дает у всех явно плохие результаты; он поэтому всеми оставлен. Другой способ лечения подобного стеноза путем устранения перегиба, которым пользовался Perthes и до него многие другие хирурги, является вполне понятным. Препятствие в верхнем отделе двенадцатиперстной кишки затрудняет опорожнение желудочного содержимого; оно устраняется подвешиванием желудка. Каков же результат? Я цитирую дословно Perthes'a:

Шестичасовой остаток в 18 случаях, проверенных до операции, а затем при выписке, выражался следующим образом:

Перед операцией —	при выписке —	10 случ.
” ” — ” ”	+	4 случ.
” ” + ” ”	+	4 случ.

Другими словами, не наблюдалось никакого влияния операции на заболевание желудка или же это влияние было отрицательным. Таким образом, ни в положении желудка, ни во времени опорожнения его способ Perthes'a мало или ничего не изменяет. Единственное, что им достигается — это в известном проценте случаев устранение болей. Это, однако, большая разница.

Устранение болей при гастроэнтероптозе, правда, только в известном проценте случаев достигается и совсем другими путями.

Так, Klose видел прекрасные результаты после Colorexie, Lane — после вырезывания поперечной кишки, другие — опять таки после аппендектомии, нефропексии и т. п. Однако, в других случаях достаточно уже наложения бинта, даже у мужчин и при напряженности брюшных покровов, где повязка, и при всем желании не может поднять желудок, бывает также достаточно массажа, психического влияния и т. д. И, наоборот, у части больных лечение безрезультатно, хотя, напр., в неуспешных случаях Perthes'a цель операции, судя по рентгенологической картине, казалось, была достигнута.

Как объяснить эти противоречия? По моему, остается — если углубиться в вопрос и просмотреть относящуюся сюда литературу — только одно заключение: опущенный желудок в этих случаях является побочной находкой, признаком недостаточности конституции. Решающим для появления болей, а также для успешности нашего

лечения является состояние нервной системы. Если последняя здорова, то желудок может лежать в малом тазе, как мы это видим часто, напр., у многорожавших, и все же прекрасно работать. И, наоборот, при больной нервной системе, напр., при табесе и при правильно расположенном желудке может иметься на лицо резкое нарушение его функций. Однако, гастроэнтероптоз, как я уже говорил выше, является часто признаком недостаточности конституции, часто простирающейся и на нервную систему.

Нам теперь понятно, почему иногда внезапно появляются боли у больного с гастроптозом после того, как он годами жил, ничего не зная относительно опущения своего желудка. Ни в форме, ни в положении желудок не претерпел за этот промежуток времени никаких изменений, изменилась его функция. Взгляд Rovsing'a, что гастроэнтероптоз появляется через $\frac{1}{2}$ года после наступления половой зрелости и якобы обусловлен ношением корсета, я считаю неправильным. Огромные изменения, вызываемые в организме женщины периодом полового созревания, менструациями, беременностью в значительной мере касаются и нервной системы. Здоровая нервная система приспосабливается в совершенстве к этим потрясениям; слабая же не справляется с этой задачей и вызывает чувствительные и двигательные расстройства, которые бывает отнесены к врожденному и до того времени латентному гастроптозу.

Не только выраженные астеники обнаруживают такие функциональные расстройства. Нервная система может в остальном быть менее устойчивой и при вполне крепком организме, чем у людей с здоровой нервной системой и наоборот. Приходится видеть, как мускулистые, хорошо сложенные мужчины при возбуждениях, волнениях, деловых заботах, потере близких и т. п. заболевают повышенной кислотностью с сильными болями, обстипацией, потерей веса. Я видел сильных деревенских девушек, у которых каждый менструальный период сопровождался сильными рвотами и болями в желудке.

Нашим лечением мы действуем сознательно или бессознательно на нервную систему больных. Решает дело не характер операции, не то, оперируют ли по способу Rovsing'a, Bier'a, Perthes'a или какому-либо другому, но решающим является то, насколько хирург убежден в правильности своего мышления и действия и насколько ему удастся передать свою уверенность больному. Важно не то,

как оперируют, а кто оперирует. Эти больные засыпают, напри-
м., хотя бы врач, пользующийся их полным доверием, давал бы им в
качестве снотворного чайную ложку поваренной соли. У них пре-
кращаются желудочные боли, когда хирург, на которого они смо-
трят, как на своего спасителя, им пришивает орган, который он
объявляет виновником болей. Если врач сам не убежден, что его
вмешательство безусловно необходимо, то отсутствует и успех.

Однако, я слышу возражение. Допустим, что часть больных на
самом деле страдает нервными расстройствами, что часть успехов
действительно обусловлена внушением, но как же тогда объяснить
кровотечения вследствие застоя, которые Perthes наблюдал среди
своих 23 случаев не менее пяти раз? Тут возникает вопрос, дей-
ствительно ли это были кровотечения в силу застоя. Я не вижу
убедительного доказательства в пользу этого: Двое больных отме-
чают в анамнезе желудочные кровотечения, один раз была найдена
кровь в рвотных массах, два раза—в извлеченном желудочном со-
держимом. Язва во время операции обнаружена не была; после
операции кровоизлияния в желудок больше не было. Предположим,
что во всех пяти случаях кровотечение происходило из слизистой
желудка. Откуда мы знаем, что это кровотечение зависело от меха-
нического застоя? Perthes подтверждает свой взгляд положением Ro-
vsing'a: „сильный венозный застой констатируется часто“. Не сомне-
ваясь ни на мгновение в правильности данных, добытых при операции,
я не могу согласиться с их толкованием. Оба, Rovsing и Perthes, ви-
дят причину застоя в механических условиях, т. е. в смещении и
сдавлении вен опущенным желудком. Это для меня непонятно. Надо
предположить, что ведь и больные Rovsing'a оперировались в ле-
жащем положении и на пустой желудок. Однако, согласно учению
Rovsing'a, к которому присоединяется и Perthes, перегиб верхней
части двенадцатиперстной кишки и тем самым застой и боли в ле-
жащем положении и при голодании якобы устраняются. Я все таки
того мнения, что, если застой имеется, то он должен зависеть от
других причин. Я объясняю его понижением тонуса сосудов. Ведь
мы видим подобного рода венозный застой очень часто. Вспомним
синевато-красные руки подростков, особенно девочек, затем пара-
лич сосудов после замерзания и т. п. Хирург встречается венозный
застой в брюшной полости довольно часто и у больных, не стра-
дающих гастроптозом (понижением тонуса под влиянием наркоза,

морфия и т. п.). Просматривая истории болезней оперированных по случаю гастроптоза и читая о часто встречающихся расстройствах в области блуждающего и симпатического нерва, я усматриваю в этом подтверждение моего предположения относительно местных расстройств сосудистого тонуса. Затем, у этих людей с недостаточностью конституции более сильная хрупкость и повышенная проницаемость мелких сосудов могут благоприятствовать появлению кровоизлияний. Спазмы, о которых часто сообщается, также могли бы влиять в этом же смысле. Кто хочет изучить полностью хирургическое учение о гастроптозе в его начальном виде тот должен начать не с Perthes'a, но с книги Rovsing'a „Gastrocoloptosis“.

Эта работа является ярким примером косного хирургического мышления и особенно пригодна, чтобы вскрыть обсуждаемые в настоящей работе ошибки в хирургии. Поход, который Rovsing ведет при этом против рентгенологов и рентгенограмм желудка, не имеет значения. Нас здесь интересует лишь клиническая сторона вопроса. Rovsing имеет в этом отношении большой опыт. Он считает гастроптоз частым и роковым заболеванием, вызывающим не только сильные боли, но ведущим часто к длительным страданиям и преждевременной смерти.

Как мало Rovsing в своем учении о „какексии на почве гастроптоза“ вник в самую сущность этого заболевания, наглядно вытекает из первой сообщенной им истории болезни:

Девушка 22 лет страдает в течение четырех лет кардиальгиями, рвотами, обстипацией. Она сильно истощена; вес с 140 фунт. упал до 56. Rovsing считал гастроптоз единственной причиной этого резкого похудания. Он произвел гастрэнтеростомию, как последнюю попытку помочь больной. Рвоты прекратились (до операции больная тотчас же вырывала каждый глоток воды), больная прибавила около 2 фунтов веса. Однако, затем состояние ухудшилось и через 6 недель после операции больная умерла. На секции обнаружены отдельные казеозно-перерожденные мезентериальные железы, туберкулезную бронхиальную железу в области левого hilus'a и отграниченный свежий туберкулез левой нижней доли.

Rovsing считал, что эта история болезни „передает в общем типичную картину и течение гастроклоптоза наилучшим образом“. К сожалению, я никак не могу согласиться с Rovsing'ом. Начнем с примера: автомобильная катастрофа; пассажир выходит из авто и находит сломанную покрякивавшую подножку, разбитое защит-

ное стекло и поверхностно-поврежденную резиновую шину. Опытный шофер покачивает головой, когда обращают его внимание на эти повреждения, осматривает мотор и обнаруживает дефект здесь. Могут возразить, что это неподходящее сравнение: разве у больной все признаки,— боли, рвоты, запоры — не указывали на желудочное страдание? Разве больная не погибла от истощения, в конце концов, разве она не погибла от желудочного страдания? Возражение не выдерживает критики. Явления со стороны известного органа еще не говорят за его заболевание. Когда у больного болит зуб, он закладывает ватку в ухо, потому что чувствует здесь боль; но из этого еще не следует, что имеется заболевание уха. И разве мы не наблюдаем ежедневно в практике, что именно на желудке часто отражается рефлекторным путем далеко лежащие от него очаги заболевания? Разве беременная женщина, вырывающая всю принятую пищу и сильно теряющая в весе, больна желудком? Разве мы не видим часто неукротимую рвоту при почечных страданиях, желчных камнях, повреждении мозга и т. п.?— Однако, мы ведь имеем и объективные данные гастроптоза. И этого недостаточно. Если по Rovsing'у добрая половина всех женщин страдает гастроптозом, то почему бы отсутствовать ему именно здесь, к тому еще, если речь идет о столь истощенном организме?

Отсюда видно, к чему может привести подобный ход мыслей. Однако, спрашивают, как объяснить тогда эту тяжелую, ведущую в конце концов к смерти кахексию? Я естественно, могу высказывать лишь предположения. Мне кажется наиболее вероятной тяжелое расстройство внутренних функций. Какое-нибудь звено в системе трех жизненных двигателей (центральная нервная система, автономная и гормональная системы) нарушено. Организму не удалось компенсировать недочет, благодаря чему он погиб. За гормональное расстройство говорит, по моему мнению, только однократное, чрезвычайно позднее появление менструаций (к 17½ годам); полгода спустя начались желудочные явления. Правда, в протоколе секции нет никаких данных в пользу этого и, несомненно, выражение „Gastrocoloptosis“ звучит определеннее, чем столь туманное выражение, как „расстройство внутренних функций“.

Спрашивается, однако, что вернее? Покуда мы еще имеем только поверхностные знания жизненных процессов, приходится

мириться с тем, что и труп не разрешает всех загадок, которые все вновь ставит перед нами живой организм.

Однако, вернемся к дальнейшим наблюдениям Rovsing'a. Я убежден, что те же самые больные, которые сегодня оперируют почку, завтра желудок, послезавтра печень, в промежутке селезенку и кишку, если только это потребуется духом времени, предоставят хирургу для его коллекции с таким же удовольствием все органы, без которых можно хоть как-нибудь обойтись. Что нам в этом направлении говорит книга Rovsing'a? Из 202 больных, оперированных по случаю гастроптоза, не менее 14 уже перенесли нефропексию, 9—аппендектомию. Другие оперировались по случаю гинекологических заболеваний, в особенности ретрофлексии матки, у одной больной поочередно были удалены оба яичника.

Можно было бы, правда, сказать, что эти больные уже оперировались, однако, ведь только на основании ошибочного диагноза. И лишь Rovsing распознал гастроэнтероптоз, как источник всего страдания. Но и это может быть не вполне правильно, ибо мы во многих историях болезни читаем об операциях, следовавших за гастроэнтероптозом; оментопексия, гепатопексия, нефропексия, гистеропексия и т. п. Число излеченных (50%) приблизительно равно тому, которое достигается при вышеописанном страдании всякой другой операцией органов брюшной полости (червеобразный отросток, почка, селезенка, толстая кишка и т. д.). Короче говоря, всегда одна и та же картина: причины и следствия расстройства двигателей и подчиненных им органов часто смешиваются.

Об этом важном вопросе можно было бы еще сказать очень многое, но по техническим причинам приходится от этого отказаться тем более, что из интересующей нас широкой области я хотел бы остановиться, по крайней мере, еще на одном вопросе: на хирургическом лечении хронической обстипации. Конечно, и тут я могу привести лишь несколько характерных примеров. Lane посвятил большую часть своих работ изучению вопроса о хронической обстипации и борьбе с нею. Мрачная картина, очерченная им о последствиях этого функционального заболевания, нам, правда, давно знакома. Мы слышали почти дословно о тех же явлениях при описании симптоматологии блуждающей почки, хронического аппендицита, гастроптоза, поддиафрагмальной грыжи, *soesum mobile* и т. п.: рядом со многочисленными субъективными жалобами—

расширение и опущение желудка (в особенности, малой кривизны слева от привратника), язвы желудка, сращения желчного пузыря, подвижность почки, дегенеративные изменения грудей, фиксация и дегенеративные процессы в левом яичнике, затем физическая и умственная слабость, упадок сил, медленное угасание и преждевременная смерть.

Уверенности Lane в правильности его диагноза соответствует и радикальность его терапевтических мероприятий. Ileocolostomia, к которой он прибегал первоначально, вскоре его уже не удовлетворяла, как и частичная резекция толстой кишки. И вот удаляется весь colon за исключением прямой кишки. Я человек, привыкший видеть кровь, однако, мне становилось жутко, когда я читал в работах Lane некоторые фразы, вроде следующей: „В самых ранних случаях, где я удалял большую часть толстой кишки, показанием для этого служила боль, обычно в слепой кишке, flexura splenica или sigmoidea“. Лишь впоследствии аутоинтоксикация явилась для Lane показателем для его героических вмешательств. А жертвы? В первых случаях смертность 24⁰/₀, а из последних 16 больных умер лишь один. Rovsing оценивает смертность при Lan'овской операции в 20⁰/₀. Читая об этих хирургических показаниях к операции и о результатах при них, я всегда невольно смотрю на дату, чтобы удостовериться, что подобные предложения действительно относятся к нашему времени, а не доброй памяти доктора Eisenbart'a.

Предсказание последователя Lane (Chapple), что „ileocolostomia станет одной из самых частых операций“, к счастью, не сбылось. Немецкие хирурги, как видно из заседаний нашего общества за 1908—1911 г.г., за немногими исключениями отрицательно отнеслись к предложению Lane, главным образом, в силу того, что помимо смертных случаев имелись еще и другие крупные неудачи. Слишком часто дефекация не придерживалась предписанного ей пути.

Вернемся снова к своей задаче. Нас интересовало, что предложили немецкие хирурги взамен слишком радикальной операции Lane для борьбы с хронической обстипацией. Я могу, как уже сказано, отметить лишь немного, предоставляя читателю самому проверить ход мыслей в других относящихся сюда работах. О хроническом аппендиците, coesum mobile и сходных картинах болезни

я к тому же высказался уже в других местах. Приведу здесь лишь два новых примера.

Рауг наблюдал во время войны заметное увеличение хронических обстипаций. Он рентгеноскопировал истощенных субъектов и находил известную форму *flexura lienalis* — в виде двустволки. Угол *colon*, обращенный к селезенке, по словам Рауг'а, является сам по себе препятствием для прохождения, как бы естественным тормозом толстой кишки. Не поддерживаемые жировым слоем петли кишек свисают, благодаря чему действие тормоза усиливается и наступает обстипация. Терапия отсюда вытекает сама собой. Если перерезать *lig. colico-lienale*, то *flexura* опускается, и острый ее угол переходит в прямой или даже тупой. В результате исчезновение запоров.

Я придерживаюсь другого взгляда. Во-первых, мы видим бесконечно много людей с *fl. lienalis* в виде двустволки без всякого расстройства функции, т. е. без запоров; во-вторых, при лечении ожирения мы ведь ожидаем и часто видим противоположное тому, что предполагает. Рауг: с уменьшением избытка жира не только улучшается общее состояние, и тем самым повышаются отдельные функции, но и значительно облегчается работа кишечника. Если раньше были запоры, то они довольно часто исчезают вместе с ожирением.

Однако, во время войны ведь приходилось жертвовать не только своим жиром,—и этому я придаю главное значение,—но и нервами. Мы ежедневно наблюдаем, какое сильное влияние производят душевные потрясения на деятельность желудочно-кишечного тракта. Влияние бывает как возбуждающее, так и тормозящее. Мы наблюдаем поносы при страхе, тяжелые запоры (спастическая обстипация) у здоровых в остальном людей после волнений, деловых забот, потери близких и т. д. Двигательные расстройства идут рядом с чувствительными (боли) и секреторными, напр., повышение кислотности желудочного сока, усиленная секреция слизистой кишечника. Другими словами, влияние таких вмешательств, как предложенные Рауг'ом, можно свободно отнести за счет внушения. Не следует упускать из виду, что Fliess (специалист по носовым, Fliess 90 годов) лечил с большим успехом такие состояния смазыванием носовых раковин кокаином. Запоры, которые не могли быть устранены „огромнейшими количествами касторового

масла", исчезали после одного смазывания носа. Зачем же, следовательно, сразу же вскрывать брюшную полость у таких людей?

Диагностические размышления и терапевтические предложения, схожие с высказанными Рауг'ом, можно еще кое-как понять, как ни чужды они моему врачебному мышлению. Но наступает конец всякому пониманию, когда знакомишься с тем, что Heile говорит об установленной им картине болезни — спазме Баугиниевой заслонки. Heile предполагает, что спазмы кольцевидного мускула ileo-colicus (на месте перехода ileum в colon) вызывают типичные боли. Уже диагноз наталкивается на величайшие трудности. Рентгеновская картина, могущая служить главной опорой, часто ничего не говорит. Далее Heile описывает, как характерный признак, вздутие соесум на подобие воздушной подушки. Это весьма странно! Мы обычно видим вздутие и усиленную болезненную перистальтику только над препятствием, здесь же явления наблюдаются книзу от сужения. Но как бы то ни было, предположим, что, действительно, имеется спазм Баугиниевой заслонки, следовательно — выраженное функциональное расстройство. Что же делает Heile? Он перерезывает m. ileo-colicus и производит затем пластику.

Было прооперировано 35 больных, но просвет кишки при этом вскрывается лишь в двух случаях. У 12 человек червеобразный отросток был уже удален, у остальных он был захвачен теперь. И у прежде безрезультатно оперированных был получен хороший результат надолго. Столь же благоприятно, якобы, было влияние на обстипацию. Но как мало Heile сам доверяет своему способу, вытекает уже из того, что он рекомендует производить добавочно соесорplicatio по ten-Horn'у.

Операцией Heile мы заканчиваем свой обзор. Если мы оставим в стороне мелочи, встречающиеся на пути — я уже в начале отметил, что нисколько не претендую на полноту — и бросим еще раз взгляд на крупные вопросы, волнующие в этой ограниченной области целые поколения врачей, то перед нами встает неожиданная и все же в основных чертах неизменно одинаковая картина.

О чем бы ни шла в настоящее время речь, о хроническом оофорите, блуждающей почке, поддиафрагмальной грыже или хроническом аппендиците, хронических запорах, гастроптозе, соесум mobile и т. д. — данный взгляд отстаивается с небывалым фанатизмом. Заявления „это объяснение единственно правильное и воз-

можное" (Rovsing) являются самыми обыденными. Здесь больше, чем где бы то ни было заметно, что и в нашем искусстве существует строгая иерархия, что существуют папы, догматы, церковные соборы, равно как и отлучение и позорные столбы для еретиков. И далеко не всегда только мелкие сошки занимаются такими делами. Но отсутствие чего меня все вновь и вновь поражает — это отсутствие критики, беспощадной самокритики. Прочтите вдумчиво хотя бы работы Colley (хронический аппендицит), Rovsing'a (гастроколоптоз), Lane (хронические запоры), Wilms и Klose (coesum mobile) и более давние работы о хроническом оофорите, блуждающей почке, поддиафрагмальной грыже — я уверен, вы согласитесь со мною. Прежде всего, вы будете охвачены ужасом и состраданием, представляя себе те невыразимые муки, длительные страдания и смерть, вызванные атрофическим червеобразным отростком, блуждающей почкой, опущением желудка, небольшой грыжей брюшной стенки, сморщенным яичником, плохо работающей толстой кишкой. А затем поднимаются размышления, воспоминания о прошедших периодах медицины и о многолетних собственных наблюдениях. И мы убеждаемся, что всему свое время: во времена, когда блуждающая почка должна быть непременно пришиваема, больные ходили со своим гастроптозом, не испытывая от этого болей.

Следует еще подчеркнуть: с величайшей серьезностью и щепетильной точностью нами излагаются в данных работах явления, которые позволяют с уверенностью ставить диагноз данного страдания. Критически мыслящий врач, однако, не должен забывать, что такого типа больные, в смысле данных исследования, принаравливаются к господствующему течению и личности исследователя. Во время массового истребления червеобразного отростка Mac-Burney'евская точка становится чувствительна к давлению (естественно, под рукой изобретателя других точек то же явление сказывается на этих последних); в период же приношения в жертву яичника — яичник; во время расцвета гастропексии боли в желудке исчезают при лежании и снова возникают при вставании и т. д. Этим мы, конечно, не хотим сказать, что всегда или хотя бы часто имеет место сознательная симуляция, как, напр., в недавно описанном случае Urban'a (Zentrbl. f. Chir. № 3, 1923 г.): мнимая тетания, где истеричка самым искусным образом вводила в заблуждение ряд врачей.

Если вы когда-либо наблюдали на суде, как опытный защитник или прокурор опрашивает свидетелей, то вы убедитесь в том, что врач должен оценивать анамнез и данные с такой же осторожностью, с какой набивший руку судья пользуется показаниями свидетелей.

Доказательством значения внушения при оперативном вмешательстве служит также тесная зависимость успеха от личности врача. Совершенно безразлично, кто оперирует острый аппендицит, ущемленную грыжу, — само собой понятно, при наличии необходимой техники. Если больной выживает после такого вмешательства, то он в общем выздоравливает. Совершенно иначе обстоит дело при неврозах органов, которые мы здесь имеем в виду. Вера хирурга в себя и в необходимость предпринимаемых им мер и в данном случае передается больному. Боли у таких пациентов проходят, и врач, не подвергающий свои мероприятия строжайшей самокритике, будет склонен в этом успехе видеть доказательство правильности своих взглядов. В действительности же успех есть только доказательство его личного, психологического влияния. При предположении, что врач и больной верят в пользу операции, совершенно безразлично, какое именно вмешательство будет произведено. Под таким углом зрения получают свое объяснение многие мнимые загадки, как, напр., то, что при новых оперативных способах (я имею в виду *coesum mobile*) только сам изобретатель видит поразжающие результаты. Чем дальше от солнца, тем сильнее блекнет его сияние.

Операции, оставленные всеми как бесполезные, даже вредные, все же могут принести пользу в руках врача, пользующегося доверием больного. Вот пример:

Мы отказались от гастроэнтеростомии при гастроптозе. У одного больного, которому теперь 59 лет, выраженного астеника, которого я знал уже много лет, была 6 лет тому назад произведена одним из наших светил гастроэнтеростомия по поводу гастроптоза. Объективно не наступило никаких изменений. Пониженный вес остался после операции, как и до нее. Но субъективно все боли исчезли, и излечение длилось все таки 4 года.

Хирург почти никогда не склонен приписывать внушению хоть какую-нибудь роль в своих успехах. Следует очень сожалеть об этом как в его собственных интересах, так и в интересах его больных. Почему говорим мы о его интересах? Потому что от

этого страдает критическое отношение к самому себе — основное условие всякого личного прогресса, от косной установки страдает свобода и подвижность его ума. А интересы больных! Скольких разочарований, душевных и физических страданий, скольких ненужных человеческих жертв можно было бы избежать! Переоценка, которую допускают изобретатели новых способов, довольно часто может зависеть от преждевременного опубликования их.

В общем нельзя считать, что описанный здесь ложный путь уже пройден. Ведь в брюшной полости все еще имеются кроме матки, яичников, печени, почки, желудка, толстой кишки органы, которые до сих пор не пришивались. Недавнее открытие „подвижной двенадцатиперстной кишки, как новой картины болезни“ и предложение фиксации ее (Miau Ke) для каждого, кто следил за историей медицины, не является неожиданностью. В ближайшее время мы, по меньшей мере, должны будем считаться с подвижной поджелудочной железой, подвижными надпочечниками, фиксацией внутренностей и т. д.

Представим себе, что операции на сердечной сорочке были бы столь же безопасны. Как мало понадобилось бы времени, чтобы появилось учение о „Cor mobile“! С помощью подробного изучения эмбриологии, анатомических препаратов, измерений, рентгенограмм и т. д., наши точные исследователи доказали бы нам и слишком большой или слишком малый угол подвеса сердца, и слишком большое или малое сердце, и слишком слабую или сильную подвижность, короче — недостаточность конструкции всего целого. И с сердечными нервами боролись бы, несомненно, с успехом. по крайней мере, временным посредством пришивания, освобождения, изменения положения сердца и т. п. Неужели же все это нужно? Хирург производя всевозможные измерения, все вновь забывает, из-за анатомического строения, из-за положения и формы важность функции, широкие пределы нормы, огромную приспособляемость живого организма. По канону построенное и расположенное сердце может работать плохо, а „слишком малое“ и даже „неправильно расположенное“ — прекрасно.

Но если мы знаем, что расстройство душевного равновесия — нужно еще раз подчеркнуть, что такие расстройства у лиц с более слабой организацией действуют сильнее и проходят медленнее, нежели у здоровых — вызывают известные болезненные явления,

то разве не умнее и не более достойно врача, если он для исправления расстройств пойдет теми же путями, какими пользовались вредоносные факторы? Скажем, однако, в заключение, что большинство этих больных прежде, чем обратиться к нам, уже достаточно много лечились. Все, о чем только может идти речь, и, следовательно, внушение также, у них уже позади. Почему бы нам отказать этим несчастным в тех средствах, которыми мы располагаем, будь это хотя бы внушение? Против такого хода мыслей имеются, главным образом, три возражения:

1. Естественно, нельзя оспаривать, что оперативное вмешательство относится к самым могущественным и влиятельным средствам внушения, которые имеются в распоряжении врача. Сам хирург не всегда сознает это.

Однако, значение их сильно ограничивается опасностью, с которой, естественно, сопряжена всякая операция.

Я тут даже не имею в виду зловещие цифры при операции Lane. Удалять попросту плохо функционирующую толстую кишку (со смертностью в 20%) это невероятно грубый и наш современный взгляд — немыслимый способ. Но вот работа Perthes'a о гастроптозе: на 23 операции — один раз повреждение плевры, один раз — пневмония, один — эмболия, однажды рвота в течение суток с разрывом раны и выпадением сальника. Смертные исходы здесь только вопрос времени и числа их. У Rovsing'a при гастропексии смертность 4,9%. Но и при других способах число неблагоприятных исходов далеко не малое. Однако, об этих случаях говорят не слишком охотно.

Я не могу не согласиться с Stiller'ом, высказавшемся об одном хирурге, который при 27 фиксациях опущенной печени имел 2 смертных случая, следующим образом: „слишком жестоко искупать смертью внутренний недостаток красоты“.

2. Результаты далеко не так блестящи, особенно в смысле длительности. Я видел и все еще вижу большое число в другом месте оперированных больных, у которых боли очень быстро и в более сильной степени рецидивировали. Это, исходя из вышеизложенного, вполне понятно, и только часто просматривается, так как больные меняют врачей.

Многое было бы уже, по моему, достигнуто, если бы изобретатели новых способов фиксации могли бы решиться у части своих

больных ограничиться разрезом внешних покровов живота. Результаты были бы такими же, — за это говорят многочисленные примеры из литературы, — и операция стала бы значительно менее опасной.

3. Страдает престиж хирургов. Это возражение мне кажется немаловажным. В современной хирургии происходят крупные перемены. Если наше искусство в период своего расцвета выросло до неожиданной высоты, превзойдя остальные области медицины, то причиной этого является не только огромный технический прогресс. Еще важнее то, что и хирургия того времени обязана своим развитием господствовавшим тогда воззрениям. Целлюлярная патология Virchow'a управляла мышлением врачей. Стремления медицины были направлены к излечению комплекса заболевших клеток, анатомически обнаруживаемых изменений органа. Если хоть до некоторой степени можно было обходиться без данного органа, он попросту удалялся.

В настоящее время большая часть врачей на это смотрит иначе. Для нас важно приспособление, достижение функций, удовлетворяющих потребностям организма. Открытие желез внутренней секреции и их гормонов, взаимоотношения отдельных частей и учение о конституции основательно перестроили врачебные взгляды. И отсюда совсем иная оценка способов лечения. Если мы раньше думали о том, чтобы по возможности радикально удалять туберкулезные железы, туберкулезные кости и суставы, то мы в настоящее время даем предпочтение консервативным способам, т. е. лечению светом, воздухом, рентгеном, туберкулином и т. п.

Лечение язвы желудка представляется нам в настоящее время важнее, чем иссечение ее. В резекции щитовидной железы при Базедовой болезни мы видим в настоящее время только паллиатив для устранения тяжелых расстройств внутренней секреции. Паллиативом является и операция при раке и многих других заболеваниях. У хирургов будущего техника снова отойдет на второй план — и это будет хорошо, — в то время как врач выступит на первый план. Это в действительности не означает умаления нашего искусства, а лишь другую установку. Технике следует отдать должное. Я видел за работой хирургов, авторов объемистых научных трудов, в смысле техники, однако, стоявших далеко не на высоте. Это останется для меня неизгладимым впечатлением.

Однако, с другой стороны то, что современные врачи, даже лучшие из них, наивно увлекаются резанием и сшиванием, уже не встречает прежней благосклонности. Пробудилась более сознательная и строгая критика. Не будем касаться здесь области функциональных расстройств, так как они не поддаются ножу. Для хирурга остается еще непочатое поле как для практической, так и для научной работы. Он все таки останется врачом, достигающим самых осязательных и отрадных результатов. Его работа, подобная все новому и новому эксперименту, дает возможность все глубже проникать в жизнь организма. Требуется только самая беспощадная самокритика. Где и как она должна проявляться, я попытался доказать в настоящей работе, ограничиваясь при этом определенной областью.

В 1921 ГОДУ я в „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie“ (Bd. 166) высказал некоторые суждения о Базедовой болезни, которые встретили тогда ряд возражений. Совершенно естественно, рентгенологи не соглашались с моим отрицательным отношением к новому и мало испробованному средству, каким является рентгенотерапия Базедовой болезни. Я все же настаиваю на своем. Результаты лечения рентгеновскими лучами, если судить по опубликованным данным, далеко не столь блестящи, чтобы вытеснить старый испытанный хирургический способ лечения зоба при Базедовой болезни. Мне самому пришлось облучать зоб у 16 больных Базедовой болезнью и наблюдать результаты лечения у 14 больных, подвергавшихся рентгенотерапии в других местах. Я утверждаю, что результаты рентгенотерапии не могут сравниться с успешностью оперативного лечения Базедовой болезни.

Исключение составляет Базедова болезнь в юном возрасте. У юношей мы с большой осторожностью решаемся на операцию, так как у них можно наблюдать все переходы от простого увеличения щитовидной железы к зобу с явлениями гипертиреозидизма и, далее, к настоящей Базедовой болезни. В этих случаях осторожное облучение в сочетании с препаратами мышьяка, железа, а в последнее время — и с маленькими дозами иода давало прекрасные результаты. Конечно, исходя из этих примеров нельзя делать далеко идущих обобщений; мы знаем, что гипертиреозидизм, появляющийся у женщин в периоды усиленной половой функции (половая зрелость, беременность), сам по себе проходит, как только кривая усиления половой деятельности начинает понижаться.

Этим мы ограничиваем наши рассуждения о рентгенотерапии Базедовой болезни. В лагере хирургов как будто достигнуто пол-

* Глава „Должны ли мы оперировать гастроптоз“, помеченная у автора пятой, нами опущена, так как в основном в ней повторяется все существенное из предыдущей главы (IV). *Ред.*

ное единодушие в этом вопросе. Результаты облучения, опубликованные Fried'ом (Heidenhein, D. Zeitschr. f. Chirurgie 1922. Bd. 176), далеко не ободряющие. Необходимо всегда помнить, что значительные колебания в самочувствии базедовиков как раз и характерны для всей клинической картины Базедовой болезни. При оценке результатов различных видов лечения мы должны поэтому учитывать лишь действительное явное улучшение.

Все согласны в том, что операция должна заключаться в широкой резекции обеих долей железы с перевязкой трех, а еще лучше — всех четырех артерий. Но трактовка всего заболевания в целом до сих пор еще остается спорной. Все мы, конечно, отлично знаем, что Базедова болезнь не есть чисто органное заболевание щитовидной железы. Если простой зоб возникает лишь на известной конституциональной основе и связан со всем комплексом клеток человеческого организма, то тем более это можно сказать относительно Базедовой болезни.

Я имел возможность исследовать 346 больных Базедовой болезнью из 1.000 человек, страдающих зобом; из них я оперировал 182 чел. Я обратил внимание, что внешняя конституция человека, строение его тела, подкожный жировой слой не имеют никакого значения. Есть, правда, среди этих больных много астеников. Но если вспомнить, что по данным Gottstein'a одна треть всего немецкого населения носит на себе признаки дегенерации, то будет понятно, что и значительная часть базедовиков должна быть наделена дегенеративными стигмами. Иногда же я видел совершенно противоположное: крепкие, мускулистые, цветущего здоровья люди болели Базедовой болезнью. Единственное слабое место у них — нервная система. Установить это — не так просто, для этого требуется особо интимный подход к больному. Нельзя ограничиться одним сухим объективным исследованием: ни определение основного обмена, ни морфологическая картина крови, ни рентгеновский снимок и, наконец, не микроскоп и пробирка отражают душевное состояние больного.

Предрасположение к Базедовой болезни выражается, прежде всего, в особой лабильности нервной системы, в ее тесной связи с щитовидной железой. Таких предрасположенных к Базедовой болезни людей очень легко вывести из душевного равновесия. Они долго находятся под впечатлением страха, испуга, печали и легко

поддаются всяким внешним воздействиям, на которые здоровый человек совсем не реагирует. Что основной контингент этих лабильных людей составляют женщины, само собою понятно.

Каким образом душевное потрясение у этих людей проявляется в органической форме — это зависит от чувствительной, легко возбудимой рефлекторной связи между внутренним органом и центральной нервной системой. Одно и то же душевное потрясение, напр. пожар, смерть у одного человека может вызвать припадок астмы, у другого, соответственно предрасположенного — сердечный припадок, у третьего — неукротимую рвоту, у четвертого — мигрень, у пятого — позыв на мочеиспускание и большой диурез. С таким же успехом может оказаться воспринимающим и реагирующим органом и щитовидная железа; об этом свидетельствуют многочисленные случаи Базедовой болезни от испуга в последнюю войну.

Нужно правду сказать, хирург обо всех этих вещах и слышать ничего не хочет. Он упоен своим хирургическим искусством, большими успехами в оперативной технике, и все его медицинское мышление имеет прямолинейно хирургический характер. Такая материалистически-механическая установка несомненно имеет свои положительные стороны и ведет к большим достижениям, но с другой стороны приводит и к цеховой ограниченности, косности, переоценке своих сил и возможностей, к врачебным ошибкам и поступкам, недостойным врача. Если кто-нибудь не верит этому или считает большим преувеличением, пусть посетит один из наших больших съездов, оставив по ту сторону конгресса свою хирургическую установку и веру в авторитет, а по эту сторону — свое врачебное „я“ и трезвый критицизм. Если он и не во всем будет со мной согласен, то все же по поводу многого, что он там увидит и услышит, он будет качать головой.

Пока хирургия занималась разрешением своих специальных, чисто механических проблем, она имела право игнорировать всякие душевные процессы. Чтобы вылечить перелом, удалить воспаленный отросток, раковую грудную железу, желчный пузырь, наполненный камнями, не нужно проявлять никакого психологического чутья; опытный искусный хирург в этих случаях больше сделает, чем „умозрительный философ“. Совершенно иное получилось, когда хирургия стала претендовать на оперативное лечение всяких функциональных расстройств.

В моей последней работе по этому вопросу я пытался схематически изобразить взаимоотношения самих эндокринных желез и их связь с центральной нервной системой. Czermak (*Deutsche Zschr. f. Chirurgie*, Bd. 172) издевается над моей схемой и говорит, что со времени теории боковых цепей Эрлиха принято всякие сложные взаимоотношения укладывать в системы, состоящие из кружков, линий, стрелок. Как жестоко ошибся, однако, Czermak! Эрлих имел много предшественников. До него Kékule (1856 г.) указал на бензольное кольцо. А математики разве не пользовались еще 3000 лет назад всякими линиями, кружками и т. п. для большей наглядности... Знаки плюс и минус известны с конца XV столетия. Czermak издевается надо мной, „спекулятивным философом“, вздумавшим ввести мозг в круг желез с внутренней секрецией; однако, до сих пор — я это подчеркиваю — это делалось мною в чисто функциональном смысле.

Czermak не отрицает связи внутрисекреторных желез с мозгом, но только в одном направлении — от железы к мозгу. Отсюда для него понятно, что больная щитовидная железа оказывает токсическое влияние на мозг. Этого никто не отрицает; еще лучший пример — влияние лихорадки на мозг. Для нашего вопроса гораздо важнее обратная связь — между мозгом и внутрисекреторной железой. Мы, клиницисты, до сих пор мало обращали внимания на эти центрифугальные влияния. Приведем несколько примеров.

Известно, что секрет половых желез оказывает большое влияние на мозг, как бы эротизирует его. На кастратах мы видим, какое значение имеет отсутствие этой „гормональной зарядки“. Но ведь не менее важны взаимоотношения и в обратном направлении. Красивое тело, эротический рассказ, скользкий разговор возбуждает половую систему.

Пустой желудок вызывает ощущение голода, наполненный — пресыщение. А из классических опытов Павлова и его учеников (хотя бы Нейер'а и Моос'а) мы знаем, что даже один вид пищи, мысль о еде возбуждает выделение пищеварительных соков, и — что самое замечательное — это влияние совершенно специфично. Уже одно представление о мясе, углеводах или жирах вызывает выделение соответствующего пищеварительного сока (см. у Павлова: „Желудочные железы работают, как будто они имеют разум“).

Отрицать все эти взаимоотношения — значит не признавать центр тяжести, электричество, теплоту и другие виды энергии только потому, что мы познаем их не непосредственно, а по результатам их действия. Совершенно другой вопрос — как нужно себе представлять эти центрифугальные мозговые влияния. Отметим только: мозг посылает органам свои импульсы не одними лишь нервными путями. Передатчиком его приказаний, повидимому, является и кровь. И разве так уже нелепо, как говорит Czermak, мое утверждение, что в функциональном отношении мозг представляет собою железу с внутренней секрецией? Конечно не в том смысле, что мозг, по неудачному выражению Vogt'a, „выделяет свои мысли, как почка мочу“. Это вульгарное представление нами давно оставлено. Все же многое говорит за то, что внутренняя связь между клетками, информация из центра к периферическому органу и наоборот передается не только нервными, но и гормональными путями. Внутренняя секреция свойственна, вероятно, каждой живой клетке: неодинаковы лишь характер и назначение отдельных секретов.

Czermak дважды ошибается, когда отвергает мои представления, как „совершенно непонятные“.

1. Я ясно подчеркивал, что под словом „мозг“ я понимаю всю центральную нервную систему. Нет никаких оснований считать, что все психические функции, восприятие и передача импульсов, регуляция всего организма в целом выпадает на долю одних лишь больших полушарий мозга, его коркового слоя. Такая непосильная работа была бы совершенно нецелесообразной. Связь между отдельными клетками, приказания, отдаваемые различным системам органов в соответствии с общим состоянием всего организма — все это происходит в низовых центрах, т. е. автоматически. Главный мозг имеет лишь функцию наблюдающего органа, воздействующего на подчиненные ему периферические органы, через соответствующие низовые центры, когда этого требуют обстоятельства (при душевных потрясениях).

2. Czermak забывает, что мы не можем не пользоваться образными выражениями, когда мы хотим более наглядно представить психические процессы. Я не могу ему продемонстрировать в пробирке „секрет“ головного мозга (точно так же, как Czermak не может мне показать ни электричества, ни центра тяжести). Когда

я говорю о душевных гормонах, я имею в виду лишь полезную на мой взгляд рабочую гипотезу, могущую объяснить целый ряд непонятных явлений.

Я уже говорил о влиянии мозга на половые органы. Дело не в одном „эротизировании мозга“, а в повышении общего тонуса всего организма.

Чем обуславливаются эти повышения и понижения тонуса, мы точнее пока не можем сказать. Такой видный психиатр, как Bleuler, в своей последней книге „Психоиды“ сравнивает различные виды взаимоотношений между душой и телом с колебаниями разной силы и амплитуды. Это то же образное выражение, каким я пользовался в своей статье о Базедовой болезни, так жестоко раскрытированной Czermak'ом. Видно, некоторые мои мысли не так уж непонятны другим исследователям. Многие хирурги до сих пор не понимают, что живое нельзя обнять одними физико-химическими понятиями, что наши точные науки не ограничиваются пробиркой и микроскопом.

Но вернемся к Базедовой болезни и ее взаимоотношениям с центральной нервной системой. Czermak отрицает первичное заболевание нервной системы и не признает душевной травмы, как этиологического момента Базедовой болезни.

Я же в любом анамнезе базедовика могу указать на душевную травму. В моей последней работе (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Bd. 166) я привел ряд примеров. Помещенные ниже истории болезни говорят о том же. В случаях, где опрос не давал ясных указаний на душевную травму, причиной этому была замкнутость больных.

Так, я оперировал женщину в возрасте 21 года по поводу острой классически выраженной Базедовой болезни. Операция прошла благополучно, послеоперационное течение хорошее, а исход плохой. Один коллега подверг этот случай психоанализу: оказалось, что причина заболевания — покушение на изнасилование.

Больная Р., 49 лет, страдает около 10 лет коликами и рвотой. 7 месяцев назад умерла ее единственная дочь от острой Базедовой болезни (не оперировалась). С тех пор больная в угнетенном состоянии, страдает бессонницей, худеет. Она заболевает постепенно тяжелой Базедовой болезнью.

Больная Р., 60 лет, страдает в течение 4—5 лет большим зобом. Ее обеих дочерей я оперировал 4—6 лет назад по поводу Базедовой болезни. Мне приходится часто видеть мать этих детей; она очень хорошо сохранилась, крепка, без малейших намеков на симптомы Базедовой болезни. Умирает ее любимая дочь от операции по поводу миомы. Мать не может оправиться, теряет аппетит, худеет. Через

год после смерти дочери ее принимают в клинику (9 июня 1925 г.) с ясно выраженной Базедовой болезнью: пульс 120, пучеглазие, дрожание, пульсирующий зоб. Оперирована 10 июня. Полное излечение.

В случае с семейным предрасположением к Базедовой болезни последняя может развиться после всякого тяжелого потрясения, а не только лишь после того, как один из членов семьи заболевает этой болезнью.

Но я предвижу одно веское возражение. А как объяснить происхождение иодбазедовизма, столь распространенного в странах с эндемическим зобом, где широко применяется лечение иодом? Так, я видел в клиниках Hoberer'a 40 таких случаев а у Hotz'a тоже много случаев.

Что некоторые люди чувствительны к иоду, мы давно знаем. Я сам давал при актиномикозе (чаще — мужчинам, чем женщинам) несколько недель подряд по 10 грам иодистого натрия ежедневно, без всякого побочного действия, а при лечении тяжелого сифилиса костей доводил и до 20 гр. В то же время другие люди того же возраста и сложения реагируют на ничтожные дозы иода, причем у них наблюдается совершенно те же явления, что в начальных стадиях обычной Базедовой болезни (без иода). Я сам, кстати, тоже очень чувствителен к иоду. Стоит мне принять днем 1 гр. иодистого натрия, как у меня сейчас же наступает общее беспокойство, возбужденное состояние, сердцебиение, дрожание рук. Совершенно так же реагирует на иод мой двоюродный брат, молодой, крепкого сложения, врач. Ни у кого из нас, однако, никогда не было и намека на увеличенную щитовидную железу.

Я не сомневаюсь, что все дело в различной конституции человека. У одних людей иод является травмой для центральной нервной системы, он возбуждает, resp. понижает порог раздражения. А всякое возбуждение центральной нервной системы в свою очередь повышает функцию щитовидной железы (экспериментально это вполне доказано, см. мою последнюю работу о Базедовой болезни). Получается какой-то заколдованный круг, непреодолимый для человека с лабильной нервной системой, другими словами — появляется Базедова болезнь. Она развивается еще быстрее при больной щитовидной железе (вторичная Базедова болезнь). Всякое новое повреждение особенно охотно поражает больной орган; это —

распространенное явление в патологии: вспомним для примера туберкулез.

Я наблюдал всего лишь три ясно выраженных случая иодбазедовизма. Это вполне понятно: у нас нет эндемического зоба, а те немногие зобы, которые у нас встречаются, стали лечить иодом в самые последние годы.

Из конституциональных вредностей, способствующих появлению Базедовой болезни, я упомяну помимо туберкулеза еще и раковую кахексию. Нисколько не противоречит высказанным мною ранее взглядам и то обстоятельство, что метастатические опухоли щитовидной железы иногда вызывают симптомы базедовизма (несколько наблюдений у Klose).

Лечение Базедовой болезни насчитывает столько же неудач, как и другие заболевания. У одной трети всех случаев, даже наиболее классических, результат операции отрицательный.

Если бы щитовидная железа была основным центром всего заболевания (а по моему она лишь второстепенный очаг*), то ее удаление привело бы к полному излечению. А как часто мы видим, что операция не дает никаких результатов, несмотря на резкое уменьшение железы.

Мы не можем устранить первопричину всей болезни: лабильную душевную организацию больного. Операцией мы достигаем лишь одного: резкого уменьшения органа, из которого исходят многие симптомы Базедовой болезни: пучеглазие, ускорение пульса; щитовидная железа становится нормальной, с этой стороны больной излечен. Но как часто после этого появляются расстройства других органов — желудочно-кишечного канала, половых органов и т. д.! По настоящему лечить мы умеем лишь тех базедовиков, у которых путь „мозг — щитовидная железа“ отличается большой возбудимостью, а такие больные составляют меньшинство.

Последнее доказательство моего взгляда я вижу в стремлении избежать нервного шока даже и при хирургическом лечении Базедовой болезни. Смысл этих стремлений в максимальном щажении органа, поражение которого доминирует во всей картине этого заболевания. Эти стремления касаются следующих четырех момен-

* Chvostek, много занимающийся проблемой Базедовой болезни, тоже не признает центральной роли щитовидной железы.

тов: подготовки больного к операции, наркоза, операции, послеоперационного лечения.

1. *Подготовка.* Многие хирурги (Раур, Креске) требуют в настоящее время 12—14-дневной подготовки больного в стационарных условиях. Я считаю это излишним, а по финансовым соображениям невыполнимым. Я устанавливаю день операции в зависимости от случая.

К примеру:

Больной Е., 59 лет, здоровый мужчина, имеющий четырех здоровых детей, год назад заболевает Базедовой болезнью. Причина: слепота жены, с которой он жил 35 лет. В один месяц развиваются все признаки Базедовой болезни. Первое исследование больного—24 августа 1924 г., резкое истощение, большая стенозирующая струма, пучеглазие, дрожание; сердце расширено, пульс 140. Я настоятельно советую операцию с предварительной подготовкой в клинике.

8 сентября больной в хорошем состоянии духа, полный надежд на излечение после операции. Пульс у него 100, слегка аритмичный; больной держит себя очень спокойно, сдержанно: я назначаю операцию на следующий день (резекцию обеих долей с перевязкой четырех артерий). Остается очень мало ткани щитовидной железы. Вечером в день операции пульс 148. Так как больной спокоен, прогноз остается благоприятным. Хорошее течение. 18 сентября больной выписывается в хорошем состоянии. 4 февраля 1925 года он вновь показывается, совершенно трудоспособный, с прибавкой веса (на 35 фунтов).

Оперировать нужно по возможности в хорошую фазу болезни. Мы знаем, что течение Базедовой болезни — волнообразное. Что должен понимать хирург под хорошей фазой? Я, например, раньше боялся оперировать при поносе, желудочных расстройствах. Этих ограничений я придерживаюсь в настоящее время постольку, поскольку расстройство кишечника — признак повышенной возбудительности. Решающий момент — состояние центральной нервной системы, степень ее возбуждения. Смерть после операции возможна, прежде всего, от шока. Гипертиреозидизм, гипертимизация — различные выражения для обозначения шока. Хороший, эластичный мозг выдерживает шок, несмотря на всю тяжесть оперативного вмешательства. Плохая, потерявшая эластичность нервная система совершенно выбивается из колеи, и носитель ее — больной умирает. Возраст, сердце (миокардит), белок и сахар в моче играют лишь второстепенную роль. Я несколько раз оперировал при очень тяжелом миокардите (большое расширение сердца, плохой пульс, застойная печень и почка, асцит, общий отек) и не переживал

никаких тяжелых минут после операции. Почему? Потому, что больные были спокойны, их мозг хорошо перенес операционную травму.

С другой стороны я часто терял больных без тяжелых расстройств органов кровообращения, но с очень возбужденной психикой, которых никак нельзя было успокоить. После всего сказанного это понятно. Наши точные исследователи будут меня за это презирать, но для меня душевное состояние больного базедовика в прогностическом отношении гораздо важнее, чем основной обмен.

Что нужно понимать под беспокойством базедовика, знает всякий врач, который хоть раз видел такого больного: на лице — выражение испуга, бесконечные вопросы; голова, руки, ноги и даже туловище — в постоянном движении, несмотря на постельный покой. Всякие успокаивающие средства (бром, снотворный порошок), наркотические не помогают. Что частый пульс тоже результат нервного возбуждения, доказывает замедление его во время наркоза до 60—80 ударов в минуту.

Я не начинаю оперировать раньше, чем пульс замедляется ниже 100 ударов. Хирургия Базедовой болезни требует смелости. Не меньшая смелость нужна хирургу, чтобы отказаться от операции в плохую фазу. Я до сих пор ни разу не отказывался от операции Базедовой болезни даже в самых тяжелых условиях. Шесть базедовиков были ко мне доставлены в санитарной карете из-за одышки, отеков и резкой слабости. Я их оперировал после трех-четырехдневной подготовки (последняя редко затягивается дольше, чем на две недели) — все излечены на долгие годы. Если я иногда грешил против моих убеждений и оперировал больных, несмотря на их тяжелое возбужденное состояние, я всегда горько раскаивался. К этим печальным случаям я еще вернусь.

Подготовка больного, которая продолжается больше, чем три-четыре дня, мне кажется вредной. Кто сам на себе испытал неприятное ожидание тяжелой операции, трепку нервов при всяком откладывании ее, тот согласится со мной.

Гораздо важнее характер самой подготовки, чем ее продолжительность. Больного Базедовой болезнью, принятого для операции, нужно прежде всего оставить в полном покое. Хирург должен умерить свой исследовательский пыл и руководиться чисто лечеб-

ными соображениями. Стало быть — никакого исследования крови, рентгеновского снимка, продолжительного осмотра, демонстрации в аудитории и т. д. Я думаю, в этом секрет успеха у нас, маленьких хирургов, получающих лучшие результаты от операции, чем хирурги в крупных лечебных учреждениях. Все необходимые научные исследования нужно сделать до поступления больного в клинику для операции. Больного Базедовой болезнью нужно держать совершенно в стороне от атмосферы хирургический лечебницы. В большой больнице я устроил бы особое отделение для базедовиков. В первые дни до и после операции больной должен лежать в отдельной комнате. Никаких книг, писем, разговоров по телефону, посещений. Всякие сердечные средства совершенно ни к чему. Хорошо давать *mixtura perrina* (2 столовых ложки днем), на ночь снотворное, а накануне операции морфий или пантопон. К каждому больному нужно прикрепить сестру, имеющую специальный опыт по уходу за базедовиками. Для успеха операции совершенно необходимы душевное спокойствие, полное доверие больного к врачу и к сестре. Последний обход перед операцией я делаю один, без всяких „хвостов“. Даже очень занятому хирургу я советую подольше сидеть у такого больного; несколько успокаивающих, приветливых слов имеют большее значение, чем бром.

2. *Наркоз.* После вышесказанного ясно, что речь может идти только об общем эфирном наркозе. В обыкновенных случаях зоба я предоставляю больному решить вопрос о наркозе, операция же Базедовой болезни непременно требует общего наркоза (исключение составляет стенозирующий зоб): эту точку зрения в настоящее время разделяют самые убежденные сторонники местной анестезии. Так, на последнем съезде естествоиспытателей (Инсбрук, 1924) Haberer сообщил, что в его клинике у базедовиков применяется эфирный наркоз. Само собой разумеется, что все эти нервные больные не должны видеть ни операционную, ни хирургические инструменты. Другими словами, начало и конец наркоза должны происходить, когда больной лежит еще в постели. За час до наркоза — шприц морфия (0,02) и атропин (0,001).

Но это еще не всегда. Как только анестезированный больной ложится на операционный стол, я впрыскиваю кругом операционного поля однопроцентный раствор новокаина; мы этим уменьшаем нужное для наркоза количество эфира, и кроме того, блокируем

мозг от всех раздражений, идущих из раны. Ведь благодаря наркозу боль не доходит до нашего сознания, но это не мешает проведению раздражений из раны в мозг.

3. Сама операция должна быть сделана возможно скорее и нежней. Операция Базедовой болезни — не для начинающих хирургов. Кто не умеет быстро и уверенно оперировать, пусть не берется за эту операцию. Kocher'овский разрез, перерезка продольных мышц гортани, осторожно обнажить и выдвинуть вперед железу. Далее, перевязка четырех артерий и вен, широкая резекция обеих долей железы и ее перешейка. На обеих сторонах я оставляю небольшой кусочек железы, величиною от боба до волошского ореха; до сих пор на 349 операций я ни разу не видел и намека на тетанию или другие явления выпадения. В странах с эндемическим зобом нельзя так радикально оперировать. Так, Syring видел на 600 операций 17 случаев тетании. Я уже ранее указал, что в северной немецкой равнине мы имеем дело почти исключительно с первичной Базедовой болезнью и паренхиматозной струмой. Вполне понятно, что малоценная ткань щитовидной железы при зобе и вторичной Базедовой болезни требует оставления большего куса железы.

Я потерял двух больных от кровотечения, несмотря на предварительную перевязку крупных артерий. В этих случаях кровоточит, как из губки. Всякие лигатуры и обкалывания в хрупкой ткани легко прорезаются. Если при обычных зубных операциях я вкладываю тонкий дренаж на 1—2 дня, то при паренхиматозных кровотечениях я теперь всегда тампонирую.

Оставление больших фрагментов железы грозит острым наполнением организма ядовитым секретом.

Я уже указывал несколько лет назад, что при анурии помогает не сама по себе декапсуляция почек. Капсулу можно оставить нетронутой, если только она не воспалена хронически, не сморщена и не потеряла своей эластичности. Уже одного обнажения почки, энергичного массажа во время операции достаточно, чтобы объяснить последующее обильное мочеотделение.

При Базедовой болезни всякое выжимание соков железы в кровь, усиление ее секреции, неизбежное при манипуляциях во время операции, может привести к роковым последствиям. А потому необходимо предварительно перевязать крупные артерии и вены, опери-

ровать нужно быстро и оставить возможно меньше тканей щитовидной железы. Во что бы то ни стало нужно избежать всяких излишних вмешательств и прежде всего — удаления Thymus. На съезде естествоиспытателей в Инсбруке (1924) Haberer докладывал о новых двух смертельных случаях после комбинированной операции; на секции оказалось, что были оставлены большие куски Thymus'a. И все же, невзирая на столь печальный опыт, Haberer остается сторонником комбинированной операции. По всяким поводам как в устной, так и письменной форме он подчеркивал опасность частичных операций на Thymus'e. Одна из основных истин хирургии, что оперировать „немножко“ опаснее, чем ничего не делать, — это относится к хирургическому туберкулезу, раку, хирургическим инфекциям. И все таки Haberer остается верным этой несовершенной операции. В хирургии вилочковой железы несовершенные операции не исключение, а правило. Действительно всю железу может удалить не хирург, а патолого-анатом. При невозможности определить величину положения железы перкуссией и рентгеновским исследованием, как можно судить об остатке органа даже в самых удачных комбинированных операциях? Подтверждение этому можно найти в историях болезни Haberer'a и в многочисленных анатомических работах о вилочковой железе. С другой стороны, совершенно несомненно, что простая резекция струмы может привести к полному излечению вилочковой железы, как это доказывают 4 случая Eiselsberg'a. Зачем же идти опасной дорогой и терять больных, когда есть более надежные и безопасные пути? Я совершенно не сомневаюсь, на основании изучения работ самого же Haberer'a, что результаты его хирургического вмешательства могли быть гораздо лучше при отказе от операции на Thymus'e. Нам, хирургам, приходится нередко отказываться от поставленных нами целей. Так, Haberer'у пришлось оставить его способ обнажения грудной кости при тяжелых послеоперационных состояниях.

4. *Послеоперационное лечение.* О нем мне придется мало говорить. Судьба больного предreshается во время операции и накануне ее. Она зависит от того, в какую фазу оперируют больного и какой хирург делает операцию. При соблюдении всех предосторожностей, указанных выше, операцию Базедовой болезни нужно считать безопасной. В остальном послеоперационный уход мало

отличается от подготовки больного к операции: прежде всего, покой, душевное равновесие, наркотические; в первый день после операции против жажды рекомендуются капельные клизмы. Если больной Базедовой болезнью хорошо себя чувствует и не возбужден в первый послеоперационный вечер, прогноз нужно считать благоприятным. Угрожающими нужно считать те же состояния, что и до операции, т. е. постоянное беспокойство, говорливость. При моих взглядах на сущность Базедовой болезни это вполне понятно.

А теперь несколько слов о моих неудачах. Я подчеркиваю, что все оперированные мною больные были настоящие базедовики. Считаю нужным это отметить потому, что последнее время часто злоупотребляют диагнозом „Базедова болезнь“. Я же исключил все заболевания, известные в литературе под названием *forme fruste*, базедовид, гипертиреозидизм. Из 182 оперированных базедовиков у 152 были классическая триада симптомов. При отсутствии пучеглазия я диагностировал Базедову болезнь лишь в случаях, где наряду с пульсирующей струмой, тахикардией были и другие тяжелые расстройства: дрожание, резкое истощение, дряблая мускулатура. На 182 операции у меня было 6 смертельных случаев (3,3%).

В то же время мной сделано 167 операций по поводу зоба — с пятью смертельными случаями (3%): один раз от пневмонии (пожилая женщина со стенозирующим зобом была доставлена на пятый день пневмонии в состоянии асфиксии); три раза — от послеоперационного кровотечения, один раз — от тромбоза.

Из числа этих случаев двое относятся к раннему периоду моей хирургической деятельности. Одну больную я оперировал, несмотря на ее возбужденное состояние, на следующий же день. Смерть последовала на операционном столе еще до первого разреза. Другая больная тоже была оперирована в неблагоприятную фазу и умерла через 16 часов после резекции от шока. Двое других больных умерли от кровотечения, на этот раз уже не из-за неопытности.

Почему, спрашивается, хирурги нередко оперируют против всякого здравого смысла? Ведь всякого хирурга можно осудить как за то, что он является виновником операции, так и за плохое ее выполнение. Как раз подобные смертельные случаи и доставляют

нам наибольшие угрызения совести. Одно объяснение остается для хирурга, что у него иногда бывает слишком мало времени и сил для спокойного обдумывания отдельного случая. Подобные упущения не нужно скрывать. Они доказывают лишь, как далеко мы пошли вперед в понимании Базедовой болезни, что эта операция, при соблюдении мер предосторожности, указанных выше, в настоящее время считается безопасной в то время, как при всякой даже невинной операции мы никогда не можем предвидеть исход ее. Хороший хирург — не только техник, но и врач, — должен иметь не более 1% смертности от операции Базедовой болезни. Что я сам к этой категории хирургов не принадлежу, доказывает моя статистика смертности.

В заключение я хочу ответить на одно выражение моих противников (Czermak). Разве может быть большая непоследовательность, чем то, что я сам рассматриваю Базедову болезнь, как первично исходящую из центральной нервной системы, а больных базедовиков подвергаю оперативному лечению? Прав ли Czermak, заявляющий о том, что я пишу, как спекулятивный философ, а поступаю, как трезвый хирург? Если это так, я попал в хорошую кампанию. В лучших наших клиниках изо дня в день производится, бесчисленное количество операций по поводу чисто функциональных, а не органических заболеваний. Там удаляют пачками совершенно здоровые отростки (я называю подобные воспаления червеобразного отростка „*Appendicitis simplex seu chirurgica*“) пришивают опущенные желудки по новым способам, рассекают *Sphincter pylori*, фиксируют подвижную слепую кишку и т. д. Я писал об этом подробно в своей статье „*Irrwege der Chirurgie*“ (*Arch. f. Kl. Chirurgie*, Bd. 128).

Я сам, однако, не прибегаю к подобного рода аргументации. Теперешние модные хирурги оперируют нервно-психически обусловленные заболевания в полной уверенности, что они, точные исследователи, установили органические болезни. При современном стремительном темпе работы и недостатке исторического чутья, хирурги, естественно, забывают, что найденные ими заболевания признаются лишь в ближайшие годы, в лучшем случае десятилетия, а затем они бесследно исчезают. Я же оперирую Базедову болезнь, несмотря на мое глубокое убеждение в функциональном характере этого заболевания.

Я должен сослаться на высказанные мной в начале этой книги взгляды, что целый ряд органических, так называемых хирургических болезней по существу — функциональные нарушения центральной нервной системы. Это не исключает возможности перехода функционального страдания в органическое. К примеру: кардиоспазмы, спазм анального сфинктера (некоторые опытные исследователи последний считают причиной Megacolon). Далее, все более укрепляется мнение, что такие распространенные заболевания, как язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, некоторые формы гидронефроза берут свое начало из чисто функциональных расстройств.

Во многих случаях, при раннем распознавании причины болезни возможно предупредить развитие непоправимого органического страдания. Большей частью, однако, это нам редко удастся: наши знания в этой области еще очень скудны: мы вынуждены оперировать кардиоспазм, Megacolon, каллезную или стенозирующую язву желудка, хроническую язву двенадцатиперстной кишки, наполненный камнями и инфицированный желчный пузырь, камень в желчном протоке и т. д. Я не вижу, однако, в этом никакого противоречия. Совершенно так же обстоит и с Базедовой болезнью. Легкие случаи проходят сами по себе, таким же путем, как они возникли. Я уже упоминал об одной девушке в возрасте 21 года, заболевшей Базедовой болезнью в день похорон ее приятельницы, умершей от операции Базедовой болезни. В этом случае достаточно было одной психотерапии, внушения бодрости и надежды на возможность излечения без операции. Через год все явления прошли безвозвратно.

Нам, хирургам, ведь доставляют больных, которым не помогло консервативное лечение. Лишь случайно мы узнаем о случаях самоизлечения. Два таких наблюдения я привел в моей последней работе (самоизлечение тяжелой Базедовой болезни держится 19 и 20 лет). Бесчисленные случаи гипертиреозидизма, базедовоида, которые самоизлечиваются на наших глазах, можно рассматривать, как нарушения функциональной системы, сохранившей достаточно эластичности, чтобы самой вернуться в состояние равновесия. Лишь при резко выраженной форме Базедовой болезни эти функциональные расстройства становятся непоправимыми. В таком именно виде протекает Базедова болезнь во время беременности:

она образуется и развивается в этот период, и совершенно проходит после родов. Мы имеем здесь дело с женщинами, у которых нервная система отвечает всем требованиям повседневной жизни. Но они не выдерживают сильных потрясений и не удовлетворяют повышенным требованиям, которые предъявляет беременность: у них развивается Базедова болезнь. Как только беременность проходит, все возвращается к норме, Базедова болезнь исчезает.

Конечно, есть люди, которые по случайной неосторожности заболевают Базедовой болезнью, подобно тому как врач, совершенно не предрасположенный к туберкулезу, может при несчастном стечении обстоятельств заразиться на трупе туберкулезом.

В этих то случаях, где природных сил организма недостаточно для восстановления функционального расстройства, носящего в данном случае название Базедовой болезни, и показано хирургическое вмешательство.

Представим себе висящую между двумя точками эластичную ленту. Ее назначение: приводить в движение определенную тяжесть вверх и вниз, причем ритмические импульсы идут от мотора. Все идет хорошо, пока эта тяжесть не становится чрезмерной. В этот момент лента под силой тяжести опускается книзу; игра эластических сил прекращается, аппарат остановился. Я отнимаю перевес, лента принимает прежнее положение, все приходит опять в движение. Вот таким образом нужно себе представить функцию здоровой и больной железы. Резецируя струму, мы устраняем перевес и приводим в порядок бывшую под угрозой игру жизненных сил.

Само собой разумеется, мы можем этого достичь не только оперативным путем. Больше того, я вовсе не смотрю на операцию, как на вполне безопасный и целесообразный выход из критического положения. Нам, хирургам, следовало бы хорошенько подумать о всех самоизлечивающихся случаях (не одной лишь Базедовой болезни). Природные пути, ведущие к восстановлению равновесия в организме, т. е. к выздоровлению, всегда были нашими лучшими учителями и примерами. При Базедовой болезни операция не всегда ведет к цели.

Я оперировал 4 года назад одну стенографистку 22 лет с типичной Базедовой болезнью. Операция и послеоперационный период прошло благополучно, но улучшения никакого не было. При-

чину болезни мне не удалось установить. Подробный психоанализ, сделанный молодым товарищем, выяснил, что 1 год назад больная перенесла тяжелое душевное потрясение: хозяин предприятия, где она работала, пытался совершить над ней насилие. После соответствующего лечения все эти явления исчезли.

Приблизительно так же протекает другой случай. Психоанализ применим, конечно, только к сравнительно свежим случаям. В далеко зашедших заболеваниях периферического органа, в данном случае — щитовидной железы, психотерапия так же помогает, как при рубцовом пилоростенозе или эмпиэме желчного пузыря.

Czermak особенно возмущается моим толкованием одного всем известного Haberer'овского случая, как психотерапевтического, в то время как сам я не полагаюсь на силу внушения и своих больных широко оперирую, как это полагается трезвому хирургу. Я на это могу ответить: разница между мной и Haberer'ом в том, как мы оперируем — я удаляю большую часть щитовидной железы (до 99%), о связи которой с Базедовой болезнью мы во всяком случае кое-что знаем; Haberer же оперирует на вилочковой железе, которую мы так мало знаем, в особенности же ее отношение к Базедовой болезни. Haberer'у никогда не удастся хорошо обнажить этот орган, он работает в темноте тупым способом, и в результате (в случае 3) он удаляет крайне незначительный покрытый жиром кусочек вилочковой железы, приблизительно, $\frac{1}{40}$ ее. Конечно, для меня и для всякого хирурга ясно, что мы здесь имеем дело с чисто суггестивным действием.

Да и вообще трудно понять, чем так возмущается Czermak. Я глубоко убежден, что в успехах современной хирургии суггестивный момент играет далеко не последнюю роль.

Все это влияния, от которых мы, хирурги, если пожелаем, останемся врачами, не можем отказаться. Я лично совершенно не сомневаюсь в том, что в исходе операции Базедовой болезни личное влияние врача играет решающую роль.

Во многих случаях у меня сложилось впечатление, что внушение, доверие больного к врачу не менее важны для излечения, чем характер самой операции.

Со многими нашими „точными исследователями“ у меня отношения уже совершенно испортились: я могу, поэтому, писать совершенно спокойно. Многие базедовики, по моему убеждению,

выздоровливают не потому, что их хирург оперировал тем или иным способом, а в силу того глубокого личного влияния, которое оказывает на больного хирург, заставляя его следовать всем предписаниям, ведущим к восстановлению нарушенной гармонии, т. е. к излечению. Не нужно забывать, что женщины, составляющие главный контингент базедовиков, очень склонны к чрезмерному прославлению героев, в данном случае, хирургов. А затем, само по себе кровавое, оперативное вмешательство производит на них большое „суггестивное“ впечатление.

Как только хирург замечает, что он не пользуется доверием у больного, пусть он лучше оставить его в покое и не оперирует: это будет полезнее и для него и для больного. О том, что базедовики легко поддаются внушению, я уже писал подробно в своей работе, на которую так напал Czermak (лечение диатермией, всякими носовыми операциями, вибрационным массажем и т. д.).

Почему же наши хирургические мероприятия должны составить исключение? После сказанного это совершенно невероятно.

Я вовсе не считаю операцию Базедовой болезни идеальным видом лечения. Пусть кто-нибудь назовет другой некровавый способ лечения Базедовой болезни, и я первый брошу нож. Пока, однако, мы их не знаем. Haudek и другие рентгенологи, правда, говорят о хорошем успокаивающем действии рентгеновских лучей на вегетативную нервную систему, о восстановлении нарушенного равновесия эндокринных желез. Успехи рентгенотерапии для меня пока, однако, мало доказательны. Я видел четыре излеченных случая Базедовой болезни после облучения. Этих больных я раньше не знал, да и нет у меня уверенности в правильности диагноза Базедовой болезни, которым так часто злоупотребляют в последнее время.

Я совершенно не сомневаюсь, что в ближайшее время мы найдем лучшие способы лечения Базедовой болезни, чем операцию. Хирургическое вмешательство остается при всяких условиях грубой попыткой исправить нарушения очень нежного механизма, каким является эндокринное кольцо — револьверным выстрелом в тонкий механизм часов. Какими путями мы пойдем к цели, видно хотя бы из того, что в начальных формах хорошо помогает психоанализ, сделанный опытным врачом. Даже мне, мало искушенному в этом деле врачу, удалось в одном из описанных выше

случаев простым человеческим разговором устранить начало Базедовой болезни (а, может быть, всего лишь способствовать ее естественному самоизлечению). Ну, а что делать в далеко зашедших случаях с тяжелым поражением периферического органа — щитовидной железы?

Наши знания об эндокринных органах с каждым днем расширяются, открываются все новые взаимоотношения этих желез. Мы узнаем, как можно физическим путем (рентген-лучами) и химическими средствами влиять на тонкий механизм этих органов, то возбуждая его, то угнетая (калий усиливает действие тироксина, кальций задерживает). Подобно тому, как одному из ближайших врачебных поколений удастся предупреждать каллезные язвы желудка, эмпиэму желчного пузыря ранним устранением функциональных расстройств в солнечном сплетении, так оно научится обращаться и с ранними стадиями Базедовой болезни.

Нас, обитателей морского побережья, часто встречающих тяжелые случаи Базедовой болезни, иодная теория совершенно не удовлетворяет. По этой гипотезе, человек предрасположенный к Базедовой болезни, живя у моря, не может избежать избытка иода. Он поправляется как только переходит в бедную иодом гористую местность, или же пьет воду из несодержащего иод источника. Из исследований Veil'я, Sturm'a мы знаем, что иодное зеркало крови при гипертиреозидизме, как правило, повышено. Может быть, есть смысл понизить это иодное зеркало? При ничтожном содержании иода в крови (на 100 куб. см. 8—12 γ ; 1 γ = 0,000001 gr.) вряд ли это возможно. Быть может, нам удастся готовить беиодную воду и бедные иодом продукты питания? Я вступил по этому поводу в переговоры с фармакологами и химиками, но пока эти переговоры не вышли из стадии предварительных.

Пока что мы останавливаемся на операции, как наилучшем способе лечения Базедовой болезни, и будем всемерно стараться сделать ее наиболее безопасной. Для этого необходимо соблюдать четыре вышеуказанных пункта, и особенно важнейший из них: делать простую обширную операцию, но не комбинированную.

НЕДАВНО в одном распространенном иллюстрированном журнале появилась статья под заголовком „Врач будущего“. В ней описывается, как этот счастливец будет определять на расстоянии при помощи электрических аппаратов у самых отдаленных своих пациентов сердечные тоны, кровяное давление, температуру и т. д.

Примерно, между 9—10 час. утра он будет принимать какого-нибудь мандарина из Гонг-Конга, за ним Сиамского принца, далее фермерскую дочку из Калифорнии, владельца чайной фирмы из Нижнего-Новгорода, и всем их домашним врачам будет давать советы. Как ни безотрадна вся эта картина, последняя фраза однако удовлетворяет мое чувство социальной справедливости: обладатели всех земных благ осуждены на грубое механизированное лечение на расстоянии, в то время как самый бедный человек имеет возможность быть в личном контакте с лечащим его врачом.

Во всем этом есть, однако, и некоторая доля правды. Мы идем быстрыми шагами к механизированию врачебной деятельности, а этим самым и к деградации всей нашей профессии с ее установкой на врачебную личность. Много причин ускоряет эту механизацию. На первом плане — прогрессирующая техника. Она простирается не только вышеописанные методы физического исследования. В больших прекрасно оборудованных лабораториях, далеко от кабинета врача производятся всевозможные химические, бактериологические, серологические и гистологические исследования.

* Эта глава идет у автора под названием „Die Entseelung der Medizin“, что в буквальном переводе означает „лишение души медицины“.

Присутствие самого больного излишне; нужны только его выделения, экскреты, кровь, кусочки тканей и т. д. При рентгеновском исследовании чисто врачебная работа заслоняется технической стороной.

Ясно, что врач, который не имеет денег, чтобы содержать лабораторию, или же за недостатком времени не может в ней работать, отходит на задний план; больше того, он и теоретически вынужден отставать. Наша фармацевтическая промышленность непрерывно наводняет рынок все новыми препаратами; из-за бешеной конкуренции фабрик мы не успеваем испробовать выпускаемые ими средства. Под таким же высоким давлением работает вся наша медицинская наука. Кто из нас в состоянии, даже если он будет работать по 20 часов в сутки, перечитать всю литературу хотя бы по одной специальности? Недостаток глубины и зрелости мысли писатели возмещают количеством написанного. Исследователь, а часто и лже-исследователь, теперь имеют гораздо большее значение, чем врач. Не то было раньше.

Борьба за существование стала тяжелой и для врача. Интеллектуальное творчество теперь не всегда вытекает из идеальных побуждений, но часто из самых реальных мотивов и стремлений. Любовь к истине у наших современников оставляет желать много лучшего, недоверие к статистикам наблюдается не только среди посвященных.

А с другой стороны — безотрадная картина работы современного среднего врача. „Свободная профессия“ — только вывеска, в действительности врач больничной кассы не что иное как раб. Плохо оплачиваемый, он, чтобы заработать на жизнь, переходит на „массовую“ работу, низкую по качеству. Крупные лечебницы и армия врачей-специалистов поглощают всю частную практику; благословенные времена „домашнего врача“ ушли в область преданий. Больше всего теперь угнетает наших лучших врачей невозможность состязаться ни технически, ни научно с современным массовым медицинским производством.

Почти каждый день нам приносит новые технические достижения. В настоящее время в медицине в большой моде кинематография. С завистью и изумлением смотрит наш участковый врач на бесконечные фильмы, изображающие блестящую работу наших крупных врачей. Выходя из кино, он видит далеко раскинувшуюся сеть амбулаторий для застрахованных больных. В свои приемные

часы он занят исключительно выдачей справок о разных специалистах; его последние больные уходят в больницы, а роды на дому будут вести одни сельские врачи. Все это предвестники ближайшего будущего. При таких условиях перспектива получить врачебно-административную должность—для многих врачей наилучший выход из бедственного положения.

Несмотря на это, мне кажется, положение не совсем безнадежно. Я здесь не могу остановиться на различных возможностях, какие открываются врачу, желающему вырваться из тисков больничных касс. Пусть над этим думают наши врачебно-профессиональные организации. Я хочу здесь коснуться совершенно другого вопроса: отношения врача к науке и технике.

История медицины нас учит, что начало врачевания восходит ко временам глубокой древности. Инстинкт взаимной помощи присущ даже животным. Уже у очень отдаленных наших предков начало выделяться особое врачебное сословие. Теперь, как и прежде, врачебная профессия в значительной степени независима от науки и техники. Последние для него только средство к цели. Наш средневековый предок, к примеру, мог быть прекрасным охотником, имея в своем распоряжении простое копье или лук, а современный Немврод, прекрасно овладевший научной баллистикой, при всех новейших системах ружей может оказаться из рук вон плохим стрелком. Открытие анилиновых красок и другие технические новинки ничего не изменили в работе живописца, нержавеющей стали в работе скульптора. Чтобы быть врачом, нужно иметь врожденное призвание, как ко всякому другому виду искусства. Было бы, конечно, величайшим абсурдом не использовать успехов техники, но сущности врача они мало касаются.

То же нужно сказать об отношении врача к науке. Она также не затрагивает сущности врача, а является лишь средством к цели. Как часто мы встречаем научно образованных, переполненных знаниями врачей, которым мы не оказываем малейшего врачебного доверия. Зато иногда попадают врачи с незначительным научным багажом, но с первого взгляда внушающие большое доверие и излечивающие больного в кратчайших срок. Мы встречаем иногда врожденных врачей среди диллетантов; государственные экзамены и степень доктора еще не делают врача. Но если одной науки недостаточно, чтобы стать истинным врачом, то почему же в на-

ших врачебных рядах существует такое слепое благоговение ко всему, что носит на себя печать научности? Я знаю некоторых великолепных врачей, у которых при одном слове „научно“ душа в пятки уходит. Опытнейшие врачи теряют всякое критическое чутье, когда молодой приват-доцент с кафедры вещает новые истины. Чем объяснить подобную переоценку? Недостатком ли критики, сознания собственного достоинства или же отсутствием гражданского мужества? Если так, нам нечего пенять на то, что нигде в мире нет такого „научного“ высокомерия, как у нас. Английские школы для мальчиков воспитывают у них характер, нас же только пичкают знаниями. Переоценка мнимого образования и академическое чванство много способствуют внутренней разобщенности нашего народа.

Все, что исходит из недр патентованной науки, мы приемлем без всякой критики. Так, в последнее время мы сильно увлечены кинематографией в медицине. Кинематографическая фильма — лучший пример того, что я понимаю под механизацией медицины. Неужели мы, врачи, должны пассивно смотреть на это? Может быть, это признак общего упадка западно-европейской культуры в Шпенглеровском смысле? Ведь переоценку технического начала, замену истинной культуры цивилизацией мы встречаем не в одной медицинской науке. Для внимательного и критического наблюдателя, однако, ясно, что именно медицина идет в последнее время путями, биологически означающими гибель нашей нации. Все наши мнимые достижения — на самом деле лишь путь к разложению; сюда относится тщательный отбор всех нежизнеспособных (отрицательный отбор), переполнение наших социально-профилактических учреждений и т. д. Вычеркнуть борьбу за существование, эту основу всякой жизни — значит вычеркнуть самую сущность жизни. Этот процесс идет тем быстрее, чем нация старше и цивилизованней.

Народы и государства могут и должны исчезать, как всякий живой организм. Врач же останется, пока есть люди. Сокровенная сущность врача заложена в его личности. В некоторых своих работах я писал, что многие современные операции помогают не как таковые, а в силу их воздействия на психику больного. Совершенно безразлично, какая научная теория лежит в основе той или другой операции, каков ход операции в каждом отдельном случае. Реша-

ющую роль играет личность врача, убежденного в правильности, целесообразности своих действий и умеющего влиять своим убеждением на больного. Важна не сама операция, а тот, кто ее делает. Одни и те же болезни сегодня лечат удалением яичников, пришиванием блуждающей почки, фиксацией подвижной слепой кишки, завтра—удалением атрофического червеобразного отростка, высоким пришиванием желудка, резекцией симпатического нерва. То же самое можно сказать относительно внутренней медицины и, прежде всего, о несомненных успехах знахарей. Я предложил бы для всех этих видов психического воздействия не иностранное слово „суггестия“, а старое немецкое — „Zauber“ (волшебство). С незапамятных времен врач сочетает в себе элементы культа, волшебства, техники и науки.

Народная молва говорит совершенно правильно о чудесном влиянии личности. Врач, лишенный этого качества, совершенно немислим. Наши современные биологические знания дают нам возможность проникнуть в сущность этих явлений. Я сошлюсь на работы Semon'a, Pauly, Nering'a, Driesch'a, Bleuler'a (особенно на последнюю книгу Bleuler'a „Психоиды“). Всякая живая субстанция, начиная от простейших форм и кончая человеком, обладает определенной психической зарядкой. Каждая клетка человеческого организма наделена такими психическими свойствами, как память, целевая установка. Между отдельными клетками существует самая тесная информационная связь. Мозговая кора является наиболее дифференцированной частью всей душевной организации человека. Все клетки стремятся сохранить свои функциональные психические свойства, парализовать всякие вредности, возмещать потерю ткани и т. д. В высших многоклеточных организмах все функции разделены. Многие из них регулируются низшими центрами (клеткой, органом, местными ганглиями, симпатическим нервом, спинным мозгом). Высшие же центры, особенно мозговая кора, лишь контролируют, стимулируют или задерживают.

Все врачебные мероприятия так или иначе вовлекают эти высшие центры, как бы к этому ни относился врач, хочет он этого или не хочет. Прописывание лекарства, диететический совет, перевязка, операция, массаж, диатермия, горное солнце, рентгенотерапия, словом, все наши виды лечения имеют психический отпечаток. Конечно, значение его в каждом отдельном случае раз-

лично,—при переломе, напр., гораздо меньшее, чем при лечении функционального страдания желудка. Сфера влияния этого психического фактора, однако, всегда очень велика. Где кончается медик, там начинается врач: будет ли это заключаться в том, что он нервного больного уберезет от лишней операции, или же — безнадежному больному будет утешением и поддержкой.

Все эти мысли, конечно, не новы, настоящему врачу они сами собой понятны. Но именно теперь, когда врач находится под давлением „точных знаний“ и механизация медицины идет полным ходом, мы имеем все основания напомнить о целях и задачах истинного врача, который призван помогать не только телу больного, но и его душе. Пути, ведущие нас к первоисточнику нашего призвания,— не господствующее теперь материалистическое мировоззрение, а творческая интуиция, уживающаяся с точными измерениями, большее уважение к врачу, чем к медику. Вольем же живую душу в современную медицину! И не будем обращать внимание на полупрезрительные насмешки разных „точных исследователей“, называющих нас мистиками, спекулятивными философами. Биолог Икслюл как-то сказал: „Наука — это ошибка сегодняшнего дня“.

Разве мы не видим, что и в царстве духовного многое переходяще? Сегодняшние откровения и незыблемые истины через несколько лет отходят в область преданий. Вспомним для примера, чему нас учила столько десятилетий научная физиология питания. Опыт и инстинкт постигли истину задолго до появления современного учения о витаминах, а обоснованное научно, а по существу совершенно неправильное питание многим людям принесло болезни и преждевременную смерть. Важному вопросу „о враче, как возбудителе болезни“ я посвящу специальную статью.

У наших исследователей мало времени, чтобы дать созреть своим мыслям. Всякие предварительные и окончательные сообщения, сводные рефераты и монографии следуют одни за другими, как в калейдоскопе. Мы, практики, имеем право и даже обязаны критиковать все эти произведения. Я хочу еще раз посоветовать нашим писателям: перевести ученый язык на простой немецкий. Обычно уже от этого одного теряется блеск научного произведения.

Следовало бы также постоянно иметь в виду, что ежедневные наблюдения у постели больного и в приемные часы имеют такую

же научную ценность, как микроскопическое исследование, химические реакции и опыты на кроликах.

Если резюмировать все сказанное о современной деятельности врача, мы приходим к следующему заключению: с одной стороны, мы видим быструю механизацию, видимость науки, поверхностное медицинское мышление и врачевание, а с другой — чисто биологические взгляды на здоровье и болезнь, стремление отрешиться от чистого материализма, быть для больного не только врачом-специалистом, но и помогающим человеком.

Наука и искусство, медик и врач, механизация медицины и ее одушевление — вот антитезы сегодняшнего дня, среди которых вращается врачебное мышление.

Сто лет назад сказал Joh. Müller: „Нельзя быть психологом, не будучи физиологом“. В 1872 г. Gustav v. Bunde защищал в Дерпте диссертацию на тему: „Nemo physiologus, nisi psychologus“. Сегодня мы должны сказать: „Nemo medicus, nisi psychologus“.

КРИТИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ К СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ СИМПАТИЧЕСКОГО НЕРВА

В ТЕЧЕНИЕ 25 лет я с интересом слежу за развитием хирургии симпатического нерва. В 1899 и 1911 г. г. я написал две большие экспериментальные работы о влиянии перерезки шейного симпатического нерва (у кролика) на заживление ран и местную инфекцию. Моя первая статья появилась в 1902 году („Arch. f. klin. Chir.“ Bd. 67), вторая — в 1925 году (Bd. 135 „Arch. f. kl. Chir.“). Я попрежнему продолжаю интересоваться симпатическим нервом. Попытки лечить такое своеобразное заболевание, как Базедову болезнь, резекцией симпатического нерва делались не раз (Jaboulay, 1896 год).

Но помимо хирургического интереса, симпатическое сплетение с его тесными взаимоотношениями с центральной нервной системой, его значением для вегетативных функций всегда меня привлекало, как одно из наиболее загадочных явлений нашего организма.

Наши знания о симпатическом нерве при всем прогрессе медицины мало изменились за последние годы и десятилетия, пока, наконец, хирургия не дала толчок к мощному развитию всего учения о симпатическом нерве, его анатомии, физиологии, гистологии и возможностях оперативного лечения. Я имею в виду многочисленные работы Leriche'a (с 1912 г.), а в Германии Brünig'a, много сделавшего для разработки этого вопроса.

Целые потоки литературы о хирургии симпатического нерва полились на наши головы. В наше время, когда количество ценится больше, чем качество, это вполне естественно. Но во всей этой массе сообщений, отчетов, предложений я не нахожу критического отношения ко всем опубликованным данным. Практический

хирург больше, чем все ученые исследователи, хочет получить ответ на следующие вопросы: можем ли мы при теперешних наших знаниях принести больше пользы больным, чем раньше? Какова истинная непреходящая ценность всех этих новых операций и что в них наносного, навеянного мгновенно увядающими лаврами сообщений на съездах? Я считаю себя вправе высказывать свое мнение по всем этим важным вопросам раньше, чем официальная наука сказала последнее слово, потому что я долго занимался теоретическим и практическим изучением проблем симпатического сплетения. К тому же, научное исследование — удел высоких научных школ, нам же, практикам, остается только заниматься критикой. Зато мы имеем одно преимущество: в хижине легче иметь свободное суждение, чем в дворце. В науке тоже есть придворный этикет, для нас совершенно не обязательный.

Начнем с операций на периферическом симпатическом нерве. Наши анатомические и физиологические знания гораздо совершеннее, чем десять лет назад, хотя отдельные спорные вопросы не разрешены до сих пор. Мы, например, все еще не знаем, присуща ли симпатическому нерву сосудорасширяющая функция, или же гиперемия вызывается исключительно расслаблением всех констрикторов. Как бы там ни было, периартериальная симпатектомия по Leriche'у должна была привести к лучшему кровоснабжению конечностей и этим самым благоприятно влиять на разнообразные патологические состояния, как хронические язвы, кожные болезни, плохо заживающие переломы, начальную гангрену и т. д. Надежда не только теоретическая. Мне удалось экспериментально доказать, что искусственные ранения уха у кролика скорее заживают на стороне резецированного нерва. Чем же объяснить практическую безрезультатность этой операции у людей? Правда, имеются единичные успехи, но в целом это ненадежная и далеко не безопасная манипуляция (смертельные случаи от некроза сосудистых стенок, тромбоза, инфекции). Объяснение очень простое. И в эксперименте (я резецировал у 113 кроликов шейный симпатический нерв, resp. ганглий) результаты вмешательства далеко не всегда одинаковы: у одних животных мы получаем хорошую длительную гиперемию уха (на 2—3—4 недели), у других та же операция вызывает незначительную гиперемию или очень кратковременную — на несколько часов. Картина резко меняется, пере-

резаем ли мы двигательный resp. чувствительный нерв или симпатический. В первом случае — мы можем точно предсказать исход операции, в другом — нет. Первоначальное предположение Leriche'a и Brünig'a, что сосуды снабжены продольными симпатическими волокнами, не оправдалось. Симпатические червы проходят в спинальных путях, кровеносная трубка иннервируется сегментально. При удалении адвентиции мы вначале наблюдаем резкое местное сокращение сосуда, как результат травматического раздражения, затем — расширение периферического сосуда. К тому мы и стремимся: к большему кровенаполнению и к повышению температуры соответственной конечности. Но у животных, как и у человека, расширение сосудов, его сила и длительность различны. Сосудистый паралич долго не держится, через короткое время его устраняет оставшееся в целости симпатическое сплетение. Так объясняется временный, а иногда и отрицательный результат периапериартеральной симпатектомии.

Мои личные наблюдения и литературные данные целиком подтверждают подобное объяснение.

Руки и ноги у человека по моим впечатлениям как бы туже поддаются оперативной гиперемии, чем ухо у кролика. Есть еще одна причина, почему в опыте на животном резекция симпатического нерва дает более показательные результаты, чем у человека: у животных мы вызываем ранения, которые и без того имеют большую склонность к заживлению. У человека же мы имеем дело с хроническими язвами, которые мы вынуждены оперировать потому, что природные защитные силы иссякли.

Колебания интенсивности и продолжительности гиперемии — крупнейший недостаток периапериартеральной симпатектомии, не говоря уже о том, что она угрожает целостности сосуда, а вместе с тем и жизни больного.

Brünig, правда, насчитывает всего 1% смертности от операции. Технически она очень проста. Почему же не пользоваться ею широко? Кропотливое изучение необозримой литературы этого вопроса привело меня к следующим размышлениям:

1. Стоит только появиться какому-нибудь новому лечебному средству, как мы сразу предаем забвению все прежние способы лечения: в медицине это обычное явление, особенно — в хирургии. Было бы очень странно и совершенно непохоже на обычную вра-

чебную психологию, если бы мы не переоценили этот новый вид хирургического лечения. Если сравнить прекрасные результаты лечения старческой гангрены старыми средствами — ваннами и иодистым калием — с успехами современной периаптериальной симпатектомии, то придется, пожалуй, лишь тогда решиться на операцию, когда прежние мероприятия не помогут. То же самое — и при других болезнях: хронических язвах, кожных болезнях, плохо заживающих переломах и т. д. Когда прелесть новизны сойдет, мы снова вернемся к старым способам лечения, имея в резерве и новый метод (см. значение висмута в лечении сифилиса).

2. Во всей литературе о периаптериальной симпатектомии меня удивляет обширность области применения этой операции. Едва ли найдется хоть одна болезнь, которую не пытались бы лечить этой операцией — от мигрени и шума в ушах до потения ног. Это очень напоминает прошлое, когда по поводу разных болезней удаляли атрофированный яичник или червеобразный отросток, пришивали опущенный желудок, фиксировали подвижную слепую кишку. На этом еще не заканчивается вышеуказанное сходство. Еще и теперь различные исследователи хвастают прекрасными результатами симпатектомии, а у их подражателей ничего не выходит. Нам, скромным участковым врачам, этот оперативный метод приносит самое горькое разочарование.

Если обозреть всю литературу о периаптериальной симпатектомии и отнять все, что навеяно увлечением и авторской гордостью наших пишущих коллег, то останется одно важное положение: действительно хорошие результаты получаются только при функциональных нарушениях и, в первую очередь, при ангиоспазмах. В этом любой читатель может убедиться сам. Стоит для этого проштудировать отчеты о периаптериальной симпатектомии при различных органических заболеваниях: старческой и диабетической гангрене, туберкулезе суставов, плохо заживающих переломах, хронических язвах голени, рентгеновских язвах. Общий вывод: изредка наблюдаются блестящие результаты, какие мы, однако, нередко получаем и без всякого лечения; о какой-либо новой, эффективной терапии здесь не может быть речи.

Что касается успехов периаптериальной симпатектомии при функциональных заболеваниях, я их вовсе не отрицаю, но даю им совершенно иное объяснение. Прежде всего, совершенно непо-

нятно, как примирить скоропреходящее действие периаптериальной симпатектомии с наблюдаемыми все же при этой операции длительными успехами. Правда, в наше время, когда о какой-нибудь новой операции или даже ничтожной ее модификации автор-изобретатель спешит поделиться не позже чем через 4 недели, не нужно особенно, серьезно относиться к тому, что теперь называется „длительными результатами лечения“. И все таки пришлось прибегнуть к смелым гипотезам вроде той, что длительный эффект симпатектомии обусловлен понижением сосудистого тонуса; местная ограниченная периаптериальная симпатектомия, якобы, понижает тонус всего симпатического нерва. При этом, как в медицине бывает часто, проходят мимо самого простого объяснения. Очень тщательно изучают иннервацию сосудов, их взаимоотношения с пограничным столбом, спинальными корешками, ганглиями и забывают об одном: о вышестоящем центре — душе человека. Я знаю, многие наши точные исследователи очень сердятся за мои покушения на их стройные научные концепции. Душа, мол, не объект для научного исследования, и во всяком случае не для хирурга, а для психиатра. Точка зрения безусловно правильная при условии, если бы хирурги занимались только своими специальными задачами, т. е. устранением всяких механических расстройств. Но раз новая хирургия претендует на все новые области чисто функциональных заболеваний, она должна считаться и с подобными возражениями. Правда, душа не видна ни через микроскоп, ни в пробирке; о ней очень мало говорят и все наши опыты на морских свинках, кроликах и лягушках. Но отрицать из-за этого психические факторы все равно, что не признавать электричества, силы тяжести, теплоты только потому, что мы воспринимаем не их самих, а результат их действия.

Психическое влияние на сосудистую систему — самое обычное явление: расширение сосудов, т. е. покраснение, при одних психических эффектах, и, наоборот, сужение — при других (поблечение от страха, испуга и т. д.) мы наблюдаем ежедневно у окружающих нас людей. Далее, общее душевное состояние — о „мозговой зарядке“ я говорил в другом месте — влияет не только на дыхание, пищеварение и т. д., но, в первую очередь, на сосудистую систему. Наполнение и напряжение сосудов, кровенаполнение кожи у сангвиника совсем не те, что у меланхолика. Эти

душевные влияния обуславливают как преходящие, так и длительные состояния (аффект — темперамент). Сосудистые нервы являются лишь передатчиками приказаний из высших центров.

Эти взаимоотношения (психики с сосудистой системой), на мой взгляд, и объясняют, прежде всего, успехи периаартериальной симпатэктомии у человека. Местное же действие ограниченной симпатэктомии играет второстепенную роль.

Успехами этой операции может быть упоен лишь тот хирург, который мало вдумывался в различные стороны этого вопроса. Блестящие успехи в хирургии — явление нередкое. Brünig в своей работе смотрит на периаартериальную симпатэктомию, как на толчок, способствующий излечению, несмотря на преходящее гиперемизирующее действие операции. Взгляд, вполне согласный с моим воззрением на сущность этой операции, с той разницей, что Brünig место приложения толчка видит в сосудистой оболочке; я же, не отрицая местного сосудистого действия, усматриваю еще и влияние на высшие центры, т. е. на психику*.

Аналогичный эффект имела бы любая манипуляция и в другом месте. Что разрез на больной ноге больше впечатляет больного и этим усиливает действие толчка, само собою разумеется. Почему же, спрашивается, другие хирурги, и в первую очередь наши изобретатели не поступают как Sick (Rieder)? Насколько лучше было бы больным и нам, несчастным читателям.

А как обстоит дело с другими областями применения хирургии симпатического нерва, напр., с бронхиальной астмой? Kümme! опубликовал в 1923 г. свой способ, основанный на анатомических исследованиях: удаление шейного симпатического нерва и звездчатого ганглия — в двух случаях на левой стороне, в третьем на правой. Результаты были превосходные. В четвертом случае из-за обширных сращений (старые рубцы после операции туберкулезных желез) возможно было удалить лишь верхний и средний ганглий с лежащим между ними отрезком симпатического нерва. Вначале результаты были хорошие, а затем снова начались приступы.

* Kümme! сделал периаартериальную симпатэктомию у больного с двусторонней язвой голени. Обе язвы быстро зажили, даже на не оперированной стороне. Для того, кто признает связь души с нервнoсосудистой системой, такие наблюдения совсем не загадочны. Такие эффекты, как радость, надежда (на излечение) имеют, между прочим, и сосудорасширяющее действие.

Kümmel считает свой способ наилучшим, анатомически и физиологически обоснованным средством излечения от бронхиальной астмы. Через год Kümmel докладывал (Собрание естествоиспытателей в Инсбруке) о сделанных им 22 операциях с одним смертельным исходом.

Взгляды Kümmel'я встретили ряд возражений. Так, Brüning указал: „Все, что мы знаем о физиологии и патологии симпатического нерва позволяет думать, что не симпатический, а блуждающий нерв ответствен за усиление тонуса и судорожное сокращение бронхиальной мускулатуры“. Успехи Kümmel'я, думает Brüning, основаны на том, что при резекции симпатического нерва удаляются волокна блуждающего нерва, имеющего обширные сплетения с симпатическим. Brüning оперировал 3 раза по способу Kümmel'я — безрезультатно. Он резецировал в трех других случаях правый блуждающий нерв ниже отхождения N. recurrens — тоже безуспешно. Среди них в одном случае был ранее удален без всякого успеха шейный пограничный столб.

Счастливей был Karris. Он до сих пор получает блестящие результаты от односторонней перерезки блуждающего нерва.

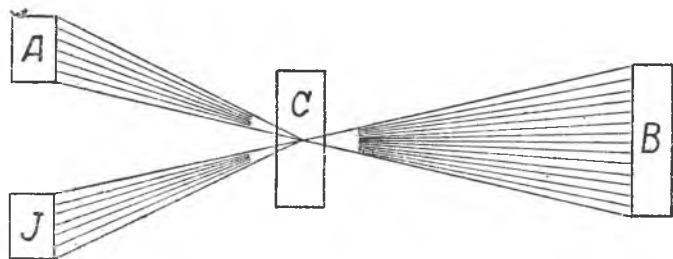
У других исследователей повторяется та же картина: у одного — блестящие успехи, у другого, оперирующего по тому же способу — неудачи. Один хвалит операцию на симпатическом нерве, другой — перерезку блуждающего нерва. Но и хирурги, оперирующие по Kümmel'ю на симпатическом нерве, становятся все радикальнее. Мы, практики, обязанные давать наилучшие советы нашим больным, опять стоим перед неразрешимой загадкой.

В настоящее время хирургические способы лечения бронхиальной астмы в большой моде. Знаменуют ли они какой-нибудь успех? Являются ли они действительно, как думает Kümmel, каузальной терапией бронхиальной астмы?

Попробуем схематично представить рефлекторный невроз, в данном случае бронхиальную астму. *A* и *I* — внутренний и внешний мир, из которого исходят раздражения в нервный центр *C* (дыхательный центр, центр бронхиальной мускулатуры), *B* — периферический орган, в данном случае бронхиальная мускулатура и сецернирующая слизистая бронхов. Из приводящих и отводящих путей нарисованы лишь некоторые, в действительности их бесчисленное множество (см. рисунки в книге Müller'a „Жизненные нервы“ и Brüning-Stahl'я „Хирургия вегетативной нервной системы“).

К приводящим путям относятся нервы органов чувств (глаз, ушей, органов вкуса, обоняния, т. е. все раздражения из внешнего мира), служба связи между отдельными органами (через нервные волокна и гормоны) и, наконец, чисто психические влияния, всякие болезненные представления возникающие в самом центре С.

От всех этих приводящих путей приступ астмы нисколько не зависит. Не бывает же у меня приступа астмы при сильных болях, переполненном желудке, слуховых и зрительных впечатлениях, всякого рода душевных эмоциях. То же относится ко всей совокупности отводящих путей (от С к В). Мы не знаем ни одного болезненного состояния блуждающего или симпатического нерва (ранение, воспаление, опухоль), которое вызывало бы астматический припадок. Против этого не говорят и микроскопические данные,



находимые на операции. Мы находим у астматиков анатомически нормальные нервные пути и, наоборот, у здоровых — измененные. Стало быть, патологические изменения в нервах — случайность или явления вторичного порядка. Остаются еще два места, где можно искать причину бронхиальной астмы, это — нервный центр и периферический орган, т. е. бронхиальная мускулатура. Судя по всем клиническим данным, у астматика более лабильный нервный центр, чем у здорового человека. Я уже упомянул о нервной конституции этих больных (я понимаю под ней большую восприимчивость, готовность к астматическим припадкам и другим рефлексорным неврозам). Не подлежит сомнению, что и в периферическом органе, т. е. мускулатуре бронхов, нужно искать причину припадка. Все вегетативные органы в высокой степени самостоятельны, т. е. работают автоматически. Они, правда, получают важные приказания из высших центров (корковой психики, промежуточного мозга, продолговатого), но кроме их имеют свои собственные

центры, если можно так выразиться,— свой маленький мозг, в виде множественных ганглиев. Сердце долго бьется и тогда, когда оно целиком вынуто и находится вне человеческого тела. Анатомия и физиология доказывают, что то же самое имеет место в отношении бронхиальной мускулатуры.

На этой схеме мы можем легко показать пути влияния и перспективы лечения бронхиальной астмы. Начнем с приводящих путей (А, I—С). Их прервать совершенно невозможно и несовместимо с жизнью организма. Не все пути имеют для астматика одинаковое значение. Как всякий рефлекторный невроз, и бронхиальная астма имеет свои излюбленные приводящие пути. Это объясняет нам несомненные успехи некоторых видов местной терапии: лечения болезней носа, гинекологических манипуляций, глистогонных средств. А при множестве оставшихся нетронутыми путей понятны и рецидивы бронхиальной астмы.

Далее, когда будет идти речь о местном лечении, мы ни в коем случае не должны забывать, что чисто местное лечение без общего влияния на психику больного невозможно. Этот психический факт играет, конечно, второстепенную роль при лечении перелома, воспалении слепой кишки. Совершенно иное при рефлекторных неврозах. Когда я заявляю больному астматiku: „Я тебя вылечу, как и других твоих товарищей по несчастью, сделав небольшую операцию в носу и обезвредив место, откуда исходят приступы астмы“, то я не знаю, что больше способствует излечению—носовая операция или мое категорическое обещание. Успех операции зависит от того, верит ли в нее больной. Хорошо осведомленные больные, знакомые со всеми новыми способами лечения их болезни, перестают верить в носовые операции, как только мода на них проходит. И тогда самая лучшая операция в носу уже не помогает. Стало быть, и здесь мы сталкиваемся с незаметным для врача душевным процессом, понижением порога раздражения.

А как обстоит с отводящими путями? Будет ли какой-нибудь толк от прерыва этих путей? Ведь к этому стремился Kümme1, т. е. „к перерезке симпатических волокон, ведущих к высшему духовному центру“. Было бы очень хорошо, если бы шейный пограничный столб был единственным путем, идущим от бронхиальной мускулатуры к нервному центру. Что это не так, мы знаем из многих бесспорных анатомических и физиологических данных. Бесчислен-

ное множество путей проходит через блуждающий и спинальные нервы (*Rami communicantes*). Их всех прервать невозможно технически и опасно для жизни. Больше того, я считаю, что совершенно невозможно прервать надолго все симпатические пути между легкими и мозгом. Это видно из вышеприведенной схемы. Нервы, так же как сосуды, образуют множество коллатеральных путей, которые после перерезки основного нерва широко разветвляются и викарно хорошо функционируют. Как странно, что KümmeI получал блестящие результаты от односторонней резекции симпатического нерва. А что делает другой симпатический нерв, разве он перестал проводить раздражения из центра к периферическому органу? В физиологии и в патологии это совершенно небывалое явление. Когда я удаляю одну почку, другая, наоборот, работает с удвоенной силой. То же и в нервной системе: когда я перерезаю чувствительный нерв небольшого калибра, то оставшиеся интактными соседние нервы делают все усилия, чтобы прорасти в анестезированную область и сделать ее вновь восприимчивой. А как объяснить неудачи таких авторов, как Brünig и Büttner, соблюдавших все технические правила операции? Далее, чем можно объяснить успех операции у Karpi's'a, оставлявшего нетронутым симпатический нерв и делавшего одностороннюю резекцию блуждающего нерва? Если проследить работы наших специалистов по хирургии бронхиальной астмы, бросается в глаза постоянное стремление к усовершенствованию операций. Одной резекции шейного симпатического нерва, оказывается, уже недостаточно; нужно удалить и первый грудной ганглий или же пропитать его алкоголем. Вслед за удалением левого шейного симпатикуса резецируют и правый симпатический нерв, перерезаются оба нерва (симпатический и блуждающий) и т. д.

Напрасные старания! Допустим, что какому-нибудь хирургу в ближайшее время удастся удалить оба симпатических и блуждающих нерва и, наконец, все пути от центра к периферическому органу (анатомически это невозможно); спрашивается, будет ли тогда разрешена проблема лечения бронхиальной астмы и предупреждения рецидивов? Конечно, нет. Так же, как изолированное сердце, и бронхиальная мускулатура продолжает работать под руководством своих собственных нервных центров. Если работа ее до сих пор была патологической (спазм мускулов), то нет оснований ожидать

ее улучшения после операции. А что означают несомненные успехи операции? Я их несколько не отрицаю, но даю им другое объяснение и прогностическую оценку. Для того, кто хорошо знаком с сущностью рефлекторных неврозов, совершенно ясно, что успех операции обусловлен не перерывом отдельных проводящих путей—огромное множество их остается нетронутыми, — а ее влиянием на душевные центры.

Как только мы станем на эту точку зрения, для нас сразу отпадут все загадки и противоречия. Мы тогда поймем успех несовершенных операций, хорошие результаты диаметрально противоположных видов вмешательства (резекции то симпатического, то блуждающего нерва), неудачу одних мероприятий и скоропереходящий эффект других, частые рецидивы и многое другое (см. у Schindler'a „каждому невротiku нужен определенный тип врача“). Операции на симпатическом нерве по поводу бронхиальной астмы, а также и грудной жабы относятся к сфере вопросов, освещенных мною год назад в статье „Ошибки хирургии“. Все сказанное относительно брюшной хирургии имеет силу и для данной области. В оперативном лечении бронхиальной астмы решающим является не тот или иной вид хирургического вмешательства, а личные качества хирурга. Этим именно и объясняются прекрасные результаты у Kümme'l'я.

Вспомним, как Kümme'l относится к так называемому хроническому аппендициту. И устно и письменно он говорит всегда одно и то же. На съезде хирургов в 1922 г., напр., Kümme'l резко возражал против псевдоаппендицита, невроза, протекающего под видом хронического аппендицита. Если бы к нему обратились, говорит он, больные с болезненной точкой Kümme'l'я, он без всяких колебаний трактовал бы их как больных хроническим аппендицитом и излечил операцией.

У нас, скромных хирургов, все идет не так гладко. Для меня диагностика „хронически рецидивирующего аппендицита“ представляет большие затруднения даже и при продолжительном наблюдении. Я видел много случаев, где чувствительность при давлении в правой части живота, в точке Kümme'l'я была обусловлена чисто психически.

Известны случаи, напр., у Küttner'a, когда одной пробной лапоротомии, без уделения червеобразного отростка, бывало

достаточно, чтобы надолго устранить симптомы хронического аппендицита.

А теперь представим себе, что такой авторитетный человек, как Kimmel, обещает несчастному астматику, переходившему от одного врача к другому, выздоровление после операции. Было бы очень странно и несовместимо с рефлекторным неврозом, если бы за этим вмешательством не последовало улучшение. Если нашим знаменитым модным хирургам удавалось излечить эпилепсию фиксацией подвижной слепой кишки, почему бы им не вылечивать бронхиальную астму резекцией шейного симпатикуса?

Для современной хирургии очень характерно, что как раз лучшие наши вожди повторяют все те же ошибки. Приведу для примера из последнего времени гастропексию Perthes'a, операцию Raug'a против запоров, его оперативное лечение пилороспазма и т. д. Перечень этот сможет расширить всякий, кто знаком с нашей специальной литературой и посещает хирургические съезды.

Главную причину этих отклонений от врачебного мышления я вижу в механической установке наших больших хирургов. Хирургия имела триумфальный успех, когда она разрешала свои специальные задачи: устраняла механически обусловленные расстройства (стенозы, ущемления, анкилозы и т. п.), открывала гнойные очаги, удаляла инактивные органы (наполненный камнями желчный пузырь, туберкулезную почку, опухоли) и т. д. Успехи эти, естественно, окрылили хирургов и они стали пользоваться своими методами для лечения непослушных ножу функциональных расстройств.

Другая причина, почему люди идут по этому ложному пути, затрачивая много сил и энергии—это условия нашего времени, тяжелая борьба за существование, принявшая у нас, европейцев (врачи, хирурги не составляют исключение), очень острые формы. Ушли те времена, когда достаточно было нескольких работ, чтобы молодому исследователю получить кафедру. W. Ваим, главный врач городской больницы в Данциге, в 1842 г. был выбран ординарным профессором на кафедру хирургии в Гreifswalde. Кроме докторской работы, у него была одна единственная статья о проказе, и это не мешало ему быть выдающимся хирургом и прекрасным учителем.

Schönlein, один из лучших клиницистов прошлого столетия, опубликовал несколько небольших статей; среди них одну об

открытии возбудителя *favus*'а. Socin получил в возрасте 24 лет звание ординарного профессора хирургии в Бадене.

В наше время можно быть семи пядей во лбу, гениальнейшим человеком, написать целую библиотеку и достичь определенного положения не раньше, чем наступит канонический возраст, а то и совсем ничего не дожидаться. Эта диспропорция между трудом и наградой, тяжелая борьба и конкуренция накладывают неизгладимый отпечаток на все наши съезды и журналы. Словоизвержению устному и письменному—конца нет, а среди наиболее говорливых много есть таких, кому нечего сказать. Всякий мало-мальски уважающий себя хирург должен написать учебник по хирургии, по меньшей мере—опубликовать свое „учение об операциях“. Нас подавляет своей массой всякая не стоящая внимания казуистика. Помимо фармацевтической индустрии, наводняющей рынок потоком новых средств, мы имеем и научную, работающую сверх меры и не оставляющую времени, чтобы переварить весь подаваемый материал. У нас ценят высоко не врача, а исследователя. Из наших университетов выходят не врачи, а медики. Обратите внимание, как часто наши молодые исследователи бросают перо, как только они достигают определенного звания, положения. На конкурсах часто решает не качество, а количество написанного. Но довольно говорить о вещах всем известных!

Одного лишь я не могу понять. Почему наши хирургические вожжи приводят все новые, мало обоснованные операции против рефлекторных неврозов, не убедившись на контрольных операциях в правильности своих воззрений на сущность этих операций? Почему бы не делать контрольных операций на людях, если они совершенно безопасны и обещают такой же успех, как новые, подчас тяжелые виды хирургического вмешательства? Я лично несколько не сомневаюсь в том, что Kummel, Karris и другие хирурги — специалисты по бронхиальной астме достигли бы тех же прекрасных результатов, если бы они вместо тяжелых и небезопасных операций ограничились одним кожным разрезом. Какая была бы экономия сил, бумаги, если бы хирурги решились признать существование души, из которой исходят как болезнетворные, так и исцеляющие влияния!

Я предложил бы все эти душевно обусловленные виды лечения называть не иностранным словом „суггестия“, а немецким—„вол-

шебство" (Zauber). Во-первых, оно больше соответствует сущности, а затем оно и исторически больше оправдано.

Я прошу меня правильно понимать: волшебство относится к наиболее полезным и незаменимым видам лечения. Научная медицина не может обойтись без этих психических лечебных факторов. Иное дело, что она их не признает.

Лучший пример того, что я думаю, дает психоанализ. Стоит углубиться в работы Freud'a и его учеников, чтобы понять, что такое волшебство в медицине. В учении Freud'a, без сомнения, есть большая доля истины. Можно осуждать и отвергать его смелые преувеличения, тенденциозное освещение фактов. Почитайте его работы о толковании снов и подумайте, какой вы сами имеете опыт и наблюдения в этой области. Самым невинным сном Freud дает сексуальное толкование. Выхватываются отдельные, случайные слова больного и составляют произвольные ассоциации, детская игра слов. А все таки эффект лечения поразительный. Freud объясняет его оживлением бессознательных элементов психики. Для некоторых случаев это верно, но большинство их объясняется одним — волшебством. То же и в остальной медицине. Врач, владеющий психоаналитическим методом, заявляет отчаявшемуся больному, который, напр., краснеет без всякого повода или же испытывает тошноту при виде некоторых людей: „много лет врачи лечили тебя безуспешно потому, что никто из них не знал, в чем сущность твоего недуга; я же знаю причину твоей болезни, извлеку ее из бессознательной сферы, сделаю ее недействительной и таким образом излечу тебя“.

Мне могут возражить: пусть некоторые наши виды лечения будут волшебством, но ведь ими мы вылечиваем бесконечно страдающих людей, и цена им, конечно, большая, чем ворчливой критике кабинетных писак.

Не совсем так. Прежде всего, я протестую против того, что волшебство, неотъемлемая часть врачевания, нам преподносится, как наука. От этого наши знания не выигрывают, а, наоборот, идут назад. Опыт нам показывает, что попасть на неправильный путь легче, чем выбраться из него. Повторные попытки наших руководящих хирургов лечить рефлекторные невроты ножом не делают чести ни хирургии, ни всей врачебной корпорации. Мы, хирурги, особенно должны беречь оставленное нам ценное наследство.

Самое опасное, это — потерять доверие. В области оперативного лечения рефлекторных неврозов это уже имеет место. Наши „светила“ и слышать об этом не хотят — лишнее подтверждение старой истины, что сильные мира сего не слышат, вернее, не хотят слышать правды. А больные от ретивых хирургов, оперирующих без надлежащих показаний, попадают к знахарям.

Далее, я, за редкими исключениями, совершенно отрицаю пользу новых операций, напр., по поводу бронхиальной астмы. Пример из другой хирургической области пояснит, как я отношусь к этим вопросам и какие требования я предъявляю к врачебному мышлению.

Я благоговейно преклоняюсь перед таким гением, как недавно умерший Тренделенбург, предложивший хирургическое лечение легочных эмболий. Я до конца своей жизни останусь ярым поклонником Kirshner'a, первого спасшего своей изумительной хирургической техникой человека от тяжелой эмболии. Гениальные мысли и успешные операции навсегда останутся в истории хирургии. Но если отбросить сентименты в сторону и рассуждать критически, то представится картина совсем иная. Как всякий занятой хирург, я ежегодно имею случаи эмболий, невзирая на все принятые меры предосторожности. Течение их иногда очень бурное, больные умирают внезапно. Один больной, напр., поднимается в постели, чтобы сказать мне несколько слов, и тут же замертво падает. Другой — на лестнице пожимает мне с благодарностью руку за то, что он на пятнадцатый день после операции по поводу грыжи выписывается из клиники совершенно здоровым; в этот момент он падает и тут же на месте умирает. В этих случаях, конечно, оперативно ничего нельзя сделать. У больных же, умирающих не так молниеносно, я видел хорошие результаты при самых тяжелых эмболиях. Один случай особенно запечатлелся в моей памяти:

Я оперирую очень жирную 60-летнюю женщину по поводу проляпса (вагинальным способом). Все идет вначале хорошо. Через 10 дней меня будят ночью, и я застаю больную в состоянии агонии: лицо сине-красное, нос и уши холодные, широкие зрачки, корнеальные рефлексы отсутствуют, дыхание поверхностное, прерывистое, предплечье и кисти обеих рук цианотичные, холодные как лед. Пульса нет ни на лучевой, ни на плечевой артерии. Я считаю больную безнадежной, зову мужа. Больной я назначаю морфий в связи с отеком легких; никаких возбуждающих в виду неизбежной близости смерти. Я сажусь в соседнюю комнату, чтобы дописать печальную историю болезни; через час у больной против ожидания не

наблюдается никакого ухудшения, она жива через 2, 4 и 6 часов. Через 10 часов появляется нитевидный пульс, а затем больная постепенно поправляется. Она здорова по настоящий день, через 15 лет после операции.

Такой же случай я имел недавно после операции по поводу желчно-каменной болезни. Попытка удалить эмбол оперативным путем безусловно окончилась бы *exitus*’ом. Не все случаи эмболии такие уже тяжелые, чтобы нельзя было рассчитывать на благоприятный исход. С другой стороны, удачный случай Kirshner’a — единственный, несмотря на множество сделанных попыток*. А, может быть, среди умерших есть и такие, которые выжили бы без операций? По-моему, это вполне вероятно. Нельзя забывать к тому же, что не каждый оператор, пробуя оперировать эмболию, так владеет ножом, как Kirshner. И когда я задаю себе вопрос, имеет ли больной больше шансов остаться в живых, после операции или без нее, то, я думаю, ответ может быть один: при выжидании. Другими словами: операции эмболии — первоклассный хирургический подвиг, но больным от него не лучше, пожалуй, в среднем — даже хуже.

То же самое с резекцией симпатикуса по поводу бронхиальной астмы или грудной жабы. Что из 26 больных, оперированных по поводу грудной жабы, 7 человек по статистике Brünig’a умерло еще не так страшно: речь идет ведь об очень тяжелом страдании. А вот попробуйте объективно оценить конечные результаты операций по поводу бронхиальной астмы, берите при этом не единичные удачные случаи, а всю массу больных, залеченных операцией. Разве мы можем отметить сколько-нибудь серьезный успех при оперативном лечении этой болезни? Все, что известно до сих пор, убеждает меня в противном. Далее, разве так уж безразлично — удалять важнейшие „жизненные нервы“, ганглии и т. д. для того только, чтобы прервать несколько (из многих) проводящих путей и этим достичь таких же результатов, какие получаются от более простых и невинных мероприятий? Kümmel будет, конечно, ссылаться на тяжелые анатомические изменения в удаленном субстрате. Допустим, что это так. Но откуда известно, что эти нервы и ганглии не выполняли важную функцию? Разве Horner’овский симптомокомплекс не появлялся как раз после операции? Danielopulo и

* Добавление в корректуру (1928): недавно Н. W. Meyer сообщил еще о 2 случаях эмболии, излеченных операцией. Автор.

Hrístide (по Brüníng'u) резко отрицательно относятся к обширной резекции шейного симпатикуса при грудной жабе. Во-первых, потому, что резекция не устраняет всех путей (блуждающий нерв!); зато она прерывает сосудорасширяющие пути к венечным артериям и таким образом резко нарушает кровоснабжение и без того ослабленной сердечной мышцы. Все эти соображения имеют большой резон.

Новые способы лечения рефлекторных неврозов вначале всегда имеют успех. Это мы видели на примере гастропексии, нефропексии, фиксации подвижной слепой кишки и т. д. Как только операция становится общим достоянием хирургов, она теряет свою прелесть, ее „волшебное“ влияние проходит. Это происходит и с хирургическим лечением бронхиальной астмы. Почитайте отчеты хирургов—не авторов новых способов лечения—и вы увидите, что о каждом месяце они звучат все печальней. Без сомнения, в ближайшем будущем оперативное лечение бронхиальной астмы будет также оставлено, как резекция симпатикуса при Базедовой болезни и эпилепсии. „Всякое ложное искусство, говорит Кант, всякая самодовольная мудрость имеет свой предел во времени; затем они исчезают, и это знаменует прогресс культуры“.

Все чаще слышим голоса, что хирург должен искать новых путей лечения бронхиальной астмы. Ведь к нам приходят больные не получившие облегчения от лечения внутренними средствами и готовые подвергнуться любой операции, лишь бы избавиться от бесконечных мучений. Но разве только ножом можно вылечить больного от рефлекторного невроза? Мне кажется это очень однобоким, как теоретически, так и практически.

В книге Birk'a („Лечение детских болезней лучистой энергией“) можно прочесть такую фразу: „наличие рентгеновского аппарата не обязывает его владельца лечить все детские болезни рентгеновскими лучами“. Разве эта истина не приложима к тем, кто владеет острым ножом?

Такой авторитетный хирург, как Bier, предложил ряд очень ценных некровавых методов лечения: застойную гиперемию против туберкулеза и острых хирургических инфекций, лечение туберкулеза иодом, протеинотерапию (напр., новопротин против язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), лечение фурункулеза маленькими дозами иода и т. д. Современная иодная терапия зоба открывает

благоприятные перспективы в смысле избежания операций и предупреждения рецидивов. Лечение бронхиальной астмы, грудной жабы возможно иными путями; восстановить нарушенное равновесие органов можно и без перерезки нескольких проводящих путей очень важных к тому же для жизни организма.

К примеру: хорошая скрипка или рояль расстраиваются. Приходит один компетентный человек, вырывает несколько струн из инструмента, без всякой надежды на замену их в будущем. Следующий эксперт говорит, что нужно удалить совсем другие струны. Я лично отдал бы предпочтение тому, кто сумел бы гармонически настроить инструмент, натягивая один винт и ослабляя другой. Если ему не удастся восстановить полную гармонию, он поставит модератор, чтобы сгладить, по крайней мере, диссонирующие звуки и всю игру сделать спокойнее.

Как все сравнения хромают, так и мое. Вегетативная нервная система построена гораздо тоньше, чем самый искусный инструмент; с одной стороны, она чувствительней, а с другой—резистентнее и эластичнее. Мертвый инструмент не отвечает на слова, за которыми не следуют действия. Живая материя часто реагирует на словесное к ней обращение, независимо от того, какими оно сопровождается действиями. Револьверный выстрел редко приносит пользу часовому механизму, вегетативная нервная система хорошо переносит самое грубое, подчас излишнее хирургическое вмешательство; иногда же на нее хорошо влияет сопутствующий ножу душевный факт.

Модераторы, вроде вышеприведенного, есть и в вегетативной нервной системе. Я имею в виду не психическое воздействие, хотя оно в первую очередь определяет успех операции. Помимо него мы имеем наркотические средства и много других успокаивающих нервную систему средств. Достаточно назвать атропин для системы вагуса (антагонисты—пилокарпин и физостигмин), соли кальция и гистамин для симпатикуса (антагонист — адреналин), антагонистическое действие калия и кальция, протеиновые тела (Pribram: лечение язвы желудка инъекциями новопротина, понижающего возбудимость симпатикуса) и т. д. Когда я читаю, что атропин в 50% случаев купирует острый приступ астмы, я считаю это большим успехом, стимулирующим к дальнейшим изысканиям в этом направлении. При спазмах желудочно-кишечного канала, особенно

после успешной аппендектомии, при спастических запорах, пилороспазме я получал прекрасные результаты на много лет после 4—6-недельного лечения атропином. Как действует атропин, можно наглядно себе представить, если поставить больного перед рентгеновским экраном во время острого приступа желчнокаменной болезни после интравенозной инъекции. Trosseau, а за ним V. Noorden давно уже рекомендовали 4—6-недельное лечение атропином после окончания острого астматического припадка. Успехи пока, правда, не блестящи. Может быть, это зависит от слишком больших доз (от 0,5 до 5 мгр. в день); действующая доза гораздо ниже, как при иоде и сере.

Еще об одном я хочу напомнить: Haudek, имеющий большой опыт в рентгенотерапии, утверждает в последнее время, что рентгеновские лучи понижают тонус вегетативной нервной системы.

Как бы там ни было, открывается широкое поле действия для новых врачебных поколений. Если хирургия и здесь дала могущественный толчок к исследованию важнейших областей физиологии человека (Müller справедливо говорит о „жизненных нервах“), то, невзирая на все излишние операции, она принесла много счастья людям.

Работы, как видите, непочатый край как для исследователя, так и для врача. Мы смеялись бы над попыткой художника обработать кистью мраморную колонну или над скульптором, высекающим из полотна картину. А что мы делаем? Допустим на минуту, что современная хирургия решилась бы оставить оперативное лечение рефлекторных неврозов. Светлые полосы надежды на горизонте: наступает пауза в научной продукции, кривая бумажного потока падает; освобождаются места в больницах, наша энергия сохраняется для лучших целей. Я уже не говорю о человеческих жертвах и материальных потерях. А, может быть, и хирургия перестанет быть „возбудителем болезни“. Не представляется ли всем нам, что мы сами, оперируя тысячи здоровых или незначительно измененных червеобразных отростков, создали клиническую картину хронического аппендицита? Мы воскресили давно забытое *soesum mobile* и много другое. С тех пор, как мы больше не оперируем на здоровых яичниках, не пришиваем блуждающих почек, исчезли заболевания под названием „хронический оофорит“ и „блуждающая почка“.

Конечно, грешат не одни хирурги. Вспомним, какой вред принесли диагнозы интернистов: закрытый туберкулез, слабое сердце, широкая аорта, повышенное давление. Лябильных, конституционально нестойких людей всегда достаточно. Что считать болезнью и что здоровьем — зависит от врача. Лечить массовые неврозы ножом значит искусственно их культивировать. Воспитание, укрепление воли — вот истинная задача врача. Почитайте у Канта „О силе духа“, как этот старый немощный организм успешно боролся с мучительным кашлем (может быть, астматическим). Что бронхиальную астму можна излечить таким путем, доказывает вся история этой болезни. Где нет сильной воли, там должен властно вмешаться врач. Если для этого нужен какой-нибудь толчок, пусть врач поступает, сообразуясь с душевным состоянием больного: в свежих случаях помогает впрыскивание дистиллированной воды. Односторонняя носовая операция у одного больного ликвидировала астму с этой же стороны, на другой астма осталась. В более старых случаях нужно придумать толчок посильнее. По общему закону психологии новые впечатления действуют сильнее всего; стало быть, и толчок, „волшебство“ должны иметь печать новизны. Внезапный пожар может вызвать припадок астмы, с таким же успехом он его иногда купирует. Всякий врач будет пользоваться тем оружием, какое ему покажется более подходящим. В свое время врачи по носовым болезням разрушали „огнем и мечом“ носы у всех попадавшим к ним астматиков. Почему бы и теперь хирургу не выйти на сцену? Но тогда ему нужно поставить двойное требование: он не должен удалять или уродовать важные для жизни органы, самая операция должна быть безопасной. На этих условиях я допускаю хирургическое лечение астмы.

Современная хирургия стоит на распутье: хирург — то техник то врач. Уже давно пора хирургам очистить свое мышление от слишком механических представлений, которым не должно быть места в биологии. Когда я слушаю на съездах заслуженных представителей этого косного хирургического мышления, я всегда рисую себе такую картину: разодетые рыцари в блестящем облачении въезжают верхом на поле сражения, в котором участвуют дальнобойные орудия. Красивое, но мало подходящее зрелище. Мыслить чисто механически, отрицать душу, которая сквозит через все клетки человеческого организма, имеющие целевую уста-

новку и память („корковая душа“ — лишь наиболее дифференцированная часть всей психической сферы), не признавать теперь душевные влияния как болезнетворные, так и исцеляющие — это на мой взгляд, отголоски прошлой, хотя и славной героической поры в хирургии.

Когда Kimmel в конце своего доклада об оперативном лечении бронхиальной астмы на хирургическом съезде в 1923 году цитировал слова Billroth'a: „Медицина должна стать более хирургической“, я категорически возражал против этого (так же, как и сам Billroth возражал бы против современного анатомического и оперативного направления в хирургии). Я утверждаю: хирургия должна стать более медицинской, хирург — врачом. Будущее принадлежит врачу, который в состоянии будет охватить не один больной орган, а весь человеческий организм (старое требование Гиппократа), — врачу, который сумеет глубоко заглянуть в сложную структуру взаимно влияющих друг на друга систем единого человеческого организма. Осторожно устранять нарушения гармонии, в одном месте поднимать пониженный тонус, в другом — умерять его — задача, достойная истинного врача не меньше, чем искусная операция. Хирург, не идущий или не желающий идти по этому пути, не останется без работы, ему хватит всяких уродств, ранений, несчастных случаев, не говоря уже о том, что наша цивилизация с ее погрешностями против природы, наше социальное признание, сознательный отбор всех нежизнеспособных — в достаточной мере снабжают нас самыми тяжелыми нарушениями человеческого организма, которые можно устранить только ножом. В свободной природе нет узкого таза, а если он бывает, то его носительница рано вычеркивается из жизни; акушеру нечего опасаться, что ему не хватит узких тазов.

В настоящей работе я хотел доказать такое положение: не следует лечить нарушения нервной системы операциями, о которых можно по меньшей мере сказать, что они излишни. С точной наукой в смысле дальнейших перспектив для исследования они ничего общего не имеют, пока не учитывается душевное состояние больного.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ

МЕХАНИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ В ХИРУРГИИ

ДЛЯ всякого внимательного и критического наблюдателя ясно, что в современной хирургии происходит глубокий духовный переворот. Когда мы думаем о причинах небывалого подъема нашего хирургического искусства в последнее столетие, мы из-за больших достижений в хирургии (наркоз, асептика) забываем одно: огромное значение духовного сдвига. Под влиянием успехов естественных наук медицина в середине прошлого столетия свернула с пути натурфилософских, спекулятивных, виталистических воззрений, твердо стала на почву объективной действительности и создала тот прочный фундамент, на котором мы, врачи, базируемся до настоящего времени.

Достижения были большие как в теории, так и в практике. Очередь дошла и до хирургов. Из малозаметных, второго ранга врачей, из ничтожных, всеми презираемых ремесленников они стали передовыми, всеми признанными борцами с болезнями и смертью. Весь этот новый авангард пришел в движение. Отдельные ударные отряды далеко передвигались в незанятые области, а за ними сомкнутыми рядами следовали и остальные бойцы. В настоящий момент это наступление приостановилось; мы засели в окопах, сдав часть занятых позиций, и перешли от наступления к обороне. Правда и теперь еще бывают отдельные вылазки, как оперативное лечение эмболий, резекция надпочечников при эпилепсии, операции на симпатическом нерве и т. д. Но будем честны и признаем: пользы от них очень мало; все наступательные попытки отбиты с большими потерями. Нам не нужно, однако, приходить в уныние от этих неудач и отчаиваться в дальнейших победах.

Из более молодой генерации хирургов лучшим примером в этом отношении является Sauerbruch, создавший всю хирургию грудной клетки, мастерской рукой переставляющий голень на место бедра и т. п. В области диагностики мы в последние годы далеко пошли вперед: возьмите для примера точное рентгенологическое распознавание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, пиелографию, а в особенности — миелографию, так плодотворно обогатившую наше диагностическое искусство и открывшую большие перспективы для раннего лечения.

Почему же не остановиться в своем развитии? Каждый день ведь возникают все новые, требующие разрешения механические проблемы.

Совершенно иное — когда мы оставляем чисто хирургическую область и озираем всю современную медицину. В этом общем аспекте все новейшие успехи теряют свое значение и далеко не покрывают всего того, что хирургии пришлось сдать за последнее время.

Где причина? Дело в том, что хирургия успешно разрешила все основные механические проблемы, которые она перед собой ставила. König писал об этом подробно в прекрасной статье („Münch. med. Woch.“ 1927, № 9), там же он цитировал слова одного хирурга старой школы: „Кто уменьшает область применения хирургии, тот, вообще, не хирург“. Если так оценивать наших современных хирургов, пришлось бы много замечательных, критически мыслящих людей, блестящих новаторов и даже кое-кого из вождей вычеркнуть из списка хирургов.

Но на ряду со столь плодотворными механическими методами есть еще и другая точка зрения в хирургии — функциональная. Многим коллегам не нравится слово „функциональный“. Скажем вместо этого — биологическая или физиологическая точка зрения, в противовес анатомической или морфологической. Спор в словах, а не в сущности. Если механическая сторона нашего искусства почти исчерпана, то в функциональной области мы новички, начинающие с азов. Нужно помнить при этом одно: механическая точка зрения удобнее, а для „ремесленников“ из нашей среды приятнее; функциональный подход требует больше труда и мысли.

Многое из того, что будет сказано на последующих страницах, ведет в чисто теоретическую область. Хирурги старой школы

не любят теоретических рассуждений, называют их „фантазией“, „мистикой“. Напрасно! Мы часто переоцениваем наши знания — в этом я убедился из научных споров — устных и письменных. Н. Мух был прав, когда говорил: „Все, что мы действительно знаем, можно вместить в нескольких хороших книгах. Все остальное — недолговечная теория. Но она неизбежна и, как рабочая гипотеза, нам оказывает неоценимую услугу. Во что вылилась бы современная органическая химия без гипотезы о бензольном кольце, физика — без атома и электрона? Я совершенно согласен с Гете: „Что плодотворно, то истинно“. Для меня, врача, всякая теория приемлема при двух условиях: 1) она должна расширять мои знания, объяснять больше явлений, чем предыдущие гипотезы, 2) она должна быть практически полезной у постели больного.

Приведу для иллюстрации пример из обычной практики — правую верхнюю часть живота, которая, по выражению Bergmann'a, представляет „уголок, делающий погоду во всем организме“. Каково происхождение функциональных расстройств, болезней в этой области, хотя бы желчнокаменной болезни? Все исследователи, как известно, согласны, что застой — основное условие для образования конкрементов. А отчего происходит застой в желчных путях?

Вспомним нормальную физиологию желчных путей. В день выделяется 1 литр желчи; она проходит через желчный пузырь; в нем она сгущается, к ней примешивается слизь, а затем по мере надобности она толчками опорожняется в двенадцатиперстную кишку. Из опытов с дуоденальным зондированием и наблюдений на желчных фистулах у людей и животных мы знаем, что количество и качество желчи всегда соответствует данной пищеварительной фазе. Этой задаче служит хорошо развитый мышечный аппарат. Я имею в виду сфинктер Oddii, продольные и круговые мышцы крупного желчного протока. Наиболее сложное строение имеет замыкательный аппарат d. cystici, через который желчь циркулирует в обе стороны. Даже на секции анатому не всегда удастся прозондировать этот тонкий спиральный ход. А теперь еще раз механически представим себе весь опорожняющий желчный аппарат в виде тонко работающей машины. Какой чудесной интеллигентностью должен отличаться ее хранитель, который то открывает запоры, то их вновь закрывает, и в зависимости от

потребностей пищеварения выпускает желчь в нужном количестве, соответствующего состава. Как блестяще все это функционирует в нашем организме! Не в том смысле, что у подавляющего большинства людей не бывает никаких нарушений, а наоборот, что почти все эти расстройства быстро исправляются. Даже при самых грубых дефектах, напр., самовыключении переполненного камнями желчного пузыря, холецистэктомии в большинстве случаев наблюдается хорошее приспособление и *eo ipso* сохранение жизни.

Кто этот хранитель в нашем организме? Кто открывает и запирает различные клапаны, кто следит за количественным и качественным составом желчи? Мы знаем, что многие центры заняты этой регуляцией: ганглии (эти маленькие мозги органов) в самих желчных ходах, солнечное сплетение, спинной мозг, базальные ганглии мозга. Приказание передается частью по нервам, частью гормональными путями. На мелочах я здесь не буду останавливаться подробно.

Как только мы начнем учитывать эти физиологические факты, для нас сразу станет ясным многое из того, что было непонятно при чисто механическом подходе. Значение возраста, пола (преобладание больных женщин, роль месячных и беременности в застое желчи), эмоциональных факторов и др. Мы поймем, почему при желчнокаменной болезни страдают и другие органы, напр., желудок; для нас ясно будет происхождение приступов мигрени с желчной рвотой во время месячных у молодых женщин.

Физиологическая точка зрения ценна не только для этиологии и диагностики, но и для терапии. Когда я, напр., вижу на рентгеновском экране, как во время желчнокаменной колики сильный спазм желудка моментально исчезает после интравенозной инъекции атропина, я, конечно, не откажусь от этого средства в ближайшем случае желчнокаменной болезни.

Так же обстоит с объяснением и лечением повторных приступов после операции (холецистэктомии). В моих случаях (180 операций) такие рецидивы были у $\frac{1}{3}$ всех оперированных больных; при повторных операциях (8 раз) ни разу не были обнаружены камни, которые были просмотрены на первой операции. И здесь механическое объяснение совершенно не удовлетворяет нас, функциональное же идет на пользу нам и больным. Удаление застойного желчного пузыря, — состояния, легко устранимого защит-

ными приспособлениями самого организма — с функциональной точки зрения не выдерживает критики; кстати, эта операция не предупреждает и рецидивов.

Я больше не буду распространяться на эту тему. Надеюсь, мне удалось доказать, что в заболеваниях желчных путей правильная оценка функциональных нарушений полезна для нас и для больных.

Когда я несколько лет тому назад по поводу одного доклада („О неудачных операциях по поводу желчнокаменной болезни“) высказывал аналогичные взгляды, один выдающийся, ныне уже покойный хирург охарактеризовал мое выступление, как „мистическое“. Я на него не обиделся. От представителей старой школы нельзя было ожидать другого отношения. В какой среде они выросли? Они пережили эпоху расцвета хирургии, ее героический период. Как я вначале уже заметил, тогдашняя эпоха была замечательна не только техническим прогрессом (наркоз, асептика), но и идейным отходом от натур-философского мировоззрения. Реалистическая, материалистически-механическая концепция действительности способствовала небывалому расцвету всей медицины.

Боязнь утратить завоеванные большим трудом позиции еще больше удерживала лидеров старой школы от сочувствия и симпатий новым веяниям в хирургии.

И подумать только: целые поколения выдающихся врачей и исследователей своим огромным опытом обосновали картину острого и хронического воспаления слепой кишки; практические врачи в своей повседневной работе десятилетиями руководствовались основным правилом, что ранняя операция при остром аппендиците спасает бесчисленное множество людей от смерти, что при всяких неясных заболеваниях нужно прежде всего удалить причину страдания — хронически воспаленный червеобразный отросток, что эта операция делает людей здоровыми и работоспособными. И вдруг является „мистик“, который отрицает все это стройное учение, говорит о таких туманных вещах, как псевдоаппендицит, нервные спазмы кишечника и т. д. В лагере врачей — смятение, а больным — ущерб. То же относится к другим болезням брюшной полости. Диагноз „холецистит с камнем или без него“ считается содержательным, а „двигательный невроз желчных путей“ — это уже мистика. Как часто — говорят нам — за желудочным неврозом скры-

вается тяжелое органическое страдание, язва, желчнокаменная болезнь и т. д. Нельзя поэтому прислушиваться ко всяким новым ошибочным учениям, наоборот, медицина должна стать все более хирургической. В каждом кабинете врача должна висеть предостерегающая таблица такого содержания: „не просматривай органического страдания из-за того, что он скрыто якобы функциональным нарушением“.

Спору нет, аргументация очень веская! Но я ее никогда не признавал. Врач никогда не должен диагностировать и лечить схематически. Я никогда не советовал воздерживаться от операции настоящего аппендицита, а возражал против оперативного лечения кишечных неврозов (аппендектомий). Я был бы очень плохим хирургом и еще худшим врачом, если бы в вопросах раннего оперативного лечения острого аппендицита и хирургического лечения желудочных язв не стоял бы на платформе старой школы. Наши взгляды расходятся лишь там, где механическая оценка мне кажется недостаточной, а таких областей немало.

Я был бы совершенно согласен с вышеупомянутой таблицей, если бы рядом с ней повесить другую предостерегающую надпись: „Не забудь о том, что функциональные нарушения могут симулировать тяжелое органическое страдание. Имей в виду, что даже анатомические изменения сами по себе иногда не имеют никакого значения и не должны обязательно вызывать субъективные жалобы в соответственной части тела“.

Диагноз „невроз желудка“ приводит многих хирургов в бешенство. Я же убеждаюсь каждодневно, что такие нарушения безусловно бывают, и лучшее название для них „мигрень живота“ (выражение Kelling'a)...

Как часто встречаем мы функциональные нарушения самых различных органов: молодая женщина хочет подать мне руку, чем больше она вытирает руки, тем влажнее они становятся; другая больная бежит каждые 15 минут в уборную и опорожняет прозрачную, как воду, мочу; третья — густо краснеет без всякого повода.

Разве можно во всех этих случаях найти органическое заболевание: потовых щелей, почек, сосудов? Ясно, что все это — функциональные, нервные расстройства. Аналогичные явления мы наблюдаем и в других органах: возьмите для примера мигрень, глаукому, болезнь Raynaud, астму, некоторые виды расстройства

сердечной деятельности, дисменоррею и др. Все эти состояния тесно связаны с блуждающим или симпатическим нервом. Разве можно себе представить, чтобы в желудочно-кишечном канале, снабженном богатой сетью нервов, совершенно не было подобного рода функциональных расстройств? В брюшной полости их сколько угодно. Каждый из нас знает людей, которые во время возбуждения ощущают боли в животе или позывы на рвоту; другие реагируют поносом или запором. Я наблюдал пожилых людей, которые тяжело заболели от различных неприятностей (деловых, семейных): рвоты, потери аппетита, падение веса. Клинические явления у них напоминали органическое заболевание, лишь рентгеновское исследование, а иногда пробная лапаротомия и последующее течение обнаруживали функциональный характер страдания. Приведу пример из обычной жизни;

Женщина 54 лет, которую я 8 лет назад лечил рентгеном от климактерических кровотечений, является ко мне в трауре. Я спрашиваю ее, кого она лишилась. Она отвечает: сестра умерла на третий день после операции по поводу рака кишек. Она сама заболела в день похорон. Врач констатировал „раздражение слепой кишки“. Я у нее ничего не нашел. Больная жаловалась на боль в том самом месте, где у сестры был рак; я успокоил ее: через 8 дней она была совершенно здорова.

Таких историй болезни можно привести сколько угодно. Не всегда нам удастся выяснить причину этих нарушений (если они, напр., возникли на сексуальной почве), но в психогенном характере многих жалоб мы совершенно не сомневаемся.

Какой совет должен давать в подобных случаях врач? Должен ли он, напр., в первом случае, настаивать на диагнозе „раздражение слепой кишки“? По моему, ничего не остается, как допустить возможность функциональных нарушений и в области живота и соответственно этому назначать лечение. Задача опытного и добросовестного врача — отличать органическое от функционального, а хирурга — не делать лишних операций, но и не отказывать в хирургическом вмешательстве органическим больным. Чтобы обосновать выставленные мной положения (в том числе и предложенную мной предостерегающую надпись, см. выше), я должен забежать несколько вперед. Поиски хорошо очерченных анатомически заболеваний в свое время сыграли благотворную роль в развитии медицины.

Я припоминаю из дней моей юности, что двое учителей и некоторые мои товарищи по школе умерли от загадочного „воспаления брюшины“. Тогда еще ничего не знали об аппендиците. В наши дни эти человеческие жизни легко были бы спасены своевременной операцией.

Таких примеров очень много. Обратимся теперь к обратной стороне медали. Усердные исследователи искали и находили анатомические изменения там, где их не было, а были налицо чисто функциональные расстройства. Они не считались с необычайным разнообразием того, что называется „нормой“, и игнорировали то обстоятельство, что многие анатомические отклонения — чисто конституциональные признаки, несколько не мешающие их носителям и не вызывающие никаких жалоб. Мы входим, таким образом, в обширную область, так называемых „ошибок в хирургии“. Из всей массы заболеваний, ставших известными за последние 100 лет я остановлюсь на некоторых: на хроническом воспалении яичников, блуждающей почке, загибе матки, хроническом аппендиците, подвижной слепой кишке, гастроптозе, колоптозе, блуждающей печени, эпигастральной грыже и др.

Течение этих болезней типично, и всякий опытный врач его предскажет с почти астрономической точностью. И жалобы больных, и успехи оперативного лечения у всех авторов одинаковые (истории болезни у Rovsing'a ничем не отличаются от Coley'евских). Все тот же процент излечений: у 50 — 60% полное выздоровление, у 20 — 30% улучшение, остальные — без перемен или с ухудшением. Я лично убежден, что процент неудачных случаев гораздо больше, но больные попадают тогда к другому врачу. Во всем этом замечательно одно: совершенно безразлично, что делает хирург, пришивает ли он слепую кишку или делает еще более подвижной, оставляет ли он червеобразный отросток в брюшной полости или перерезает его у основания, оперирует ли он блуждающую почку или перевязывает живот брюшным поясом, поднял ли он своей операцией опущенный желудок, или, как показывают рентгеновские снимки, оставил его на прежнем месте и даже низвел еще ниже. Всякому из нас, кто критически мыслит и объективно наблюдает эти случаи, ясно, что секрет успеха всех этих операций в их воздействии на душу больного. Для некоторых болезней это суггестивное действие вполне доказано. Так, на рент-

геновском экране можно наблюдать, как желудок, наполненный контрастной взвесью, поднимается в ответ на психические влияния (обращение к больному). Там, где это трудно доказать непосредственно, вся история заболевания, его закономерное течение говорят за наличие суггестивного элемента. Ошибок этих нужно избегать при функциональной, а не только механической оценке явлений.

Но я слышу два возражения. Первое: вы ломитесь в открытые двери, восставая против давно забытых и всеми оставленных операций, относящихся к детской поре в медицине. Если бы это было действительно так, я не писал бы этой работы. Стоит взглянуть в любой современный журнал, чтобы видеть, как мы до сих пор еще плетемся в хвосте механических представлений. Чтобы не идти далеко, возьмем статью из журнала, лежащего на моем письменном столе:

Karris недавно докладывал об операциях на макроскопически не измененном желудке (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie*, 197. 1927). Он оперировал одну женщину 34 лет, страдавшую 10 лет неопределенными желудочными явлениями. На операции он не нашел ничего патологического, но на всякий случай вырезал небольшой овальный кусок из передней стенки желудка. Микроскопическое исследование обнаружило хронический гастрит. И вот тут начинается чудо: эта женщина в течение многих лет совершенно здорова. То же самое и в других 20 случаях, подвергшихся операции. Karris пишет буквально следующее: „подумаем над тем, где причина этих успехов. О чисто психотерапевтическом эффекте у всех этих больных не может быть речи, хотя в единичных случаях это могло иметь место. Правда, иногда психогенные боли в желудке и в животе совершенно проходят после пробной лапоротомии, но не так уже часто, чтобы можно было говорить о 50 — 60 — 70 % излечений“.

Какое чудесное излечение! Но чудо это — только для врача с механической установкой, а не для врача, усвоившего функциональный метод мышления. Я же усматриваю „чудо“ в том, что Karris делает эту замечательную операцию у 21 (!) больного. Я признаю, правда, огромное значение суггестивного момента в хирургии и во всей медицине; но я ставлю одно требование: „волшебное“ лечение не должно быть опаснее, чем сама болезнь. Я предпочел бы этому, чтобы Karris на следующих своих операциях вырезал овальный кусочек не из передней стенки желудка, а из кожи живота. Но довольно примеров... Читатели наших журналов могут умножить их до бесконечности. Я думаю, мне удалось доказать, что критика современного механического мышления

далеко не излишня (см. замечательную книжку Федорова „Хирургия на распутьи“, 2 издание, Москва, 1927 г.).

А теперь перейдем ко второму возражению: если все диагнозы и операции, на которые я так резко нападаю, имеют преходящую ценность и рано уходят в область истории, зачем обрушиваться такой жестокой критикой и вызывать брожение умов, которое может перейти в скептическое отношение к истинно полезному знанию? Я знаю, что плыть против течения не так приятно. Что врачи, которым не хватает исторической перспективы в медицине, называют своего научного противника „фантастом“, „спекулятивным философом“, „мистиком“, — это еще полбеды. Время работает за нас. Печально, что в лагере хирургов говорят на разных языках, что механик не понимает биолога.

Я отвергаю односторонние механические воззрения и ратую за биологическое мышление по следующим основаниям:

1. Нельзя слепо идти за модой. Это недостойно истинной науки. Критика и раньше всего самокритика — первая обязанность врача и исследователя.

2. Вся наша терапия не обходится без психических факторов. Все, что делает врач, — за исключением ортопеда и хирурга — на три четверти психотерапия, — даже тогда, когда ему кажется, что он химическим или механическим путем устраняет болезненные явления. Против суггестивной терапии ничего нельзя возразить, но только под одним условием: чтобы „волшебство“ не было опаснее, чем само страдание. Этого нельзя сказать, к сожалению, о некоторых видах вмешательств при функциональных заболеваниях в брюшной полости. Я знаю много случаев, где операция, напр., по поводу хронического аппендицита обнаруживала здоровый отросток и кончалась смертельно. Чем лечить неврозы ножом, лучше пользоваться электрическим аппаратом или горным солнцем.

3. В общем и целом хирургия справилась с поставленными перед ней механическими задачами. Каких-либо существенных дополнений в этом направлении нельзя ожидать. Совершенно иное — в биологической области: там непочатый край работы, неразрешенные проблемы, имеющие огромное значение для всего нашего врачебного поведения.

Küttner говорил на съезде хирургов в 1927 г. о препятствиях, стоящих на пути развития медицинских знаний. Я сам не был на

этом съезде и пользуюсь отчетом, напечатанном в „Zentralbl für. Chir“. (1927 г. № 23). Одно из препятствий Küttner видит в идеологической установке молодого поколения врачей, в „недооценке научно-экспериментального исследования по сравнению с мистическими концепциями“. Я с этим не согласен. Мне все чаще встречаются молодые талантливые врачи, которые разочаровывались в механической оценке нормальных и патологических жизненных явлений. Все больше выросло у них убеждение, что в живом организме играют роль не только физико-химические, но и душевные процессы. Разве это можно назвать „мистикой“? Многие врачи, правда, так усердно занимаются психоанализом, что, по немецкой пословице, вместе с водой выплескивают и ребенка. Я допускаю, что в психоанализе, как и других современных течениях есть элементы мистики (читай книжку Bry: „Замаскированные религии“). Но будем справедливы. Разве медицинская наука, прежде всего, хирургия не отстала от духовной эволюции нашего времени? Заглянем в другие отрасли естествознания. В ботанике, напр., после долгого теоретизирования совершенно оставлено механическое объяснение циркуляции соков. — Учение Гарвея, построенное на механических принципах, не объясняет многих элементарных явлений кровообращения. Когда Vier заговорил о „чувстве кровенаполнения“ органов, в особенности мышц, его окрестили „мистиком“. В физике (точно так же и в химии) чистая механика теперь играет второстепенную роль, все сводится к движению мельчайших частиц. Атомы, электроны, кванты — все это только рабочие гипотезы. Никто их никогда не видал и не увидит. Я был на многих докладах современных физиков, но не слышал, чтобы их называли „мистиками“.

Не слишком ли погрязли мы, врачи и хирурги особенно, в тине механических представлений? И можно ли всерьез говорить о „недооценке научно-экспериментального исследования?“ Разве наукой не занимаются теперь люди без всякого призвания? А сколько производится ненужных экспериментов? Все эти темные стороны нашей научной жизни — справедливо осужденная Küttner'ом реклама, беззастенчивая конкуренция — скорее объясняется, на мой взгляд, перепроизводством способных, энергичных людей, чем одичанием молодого поколения. Многие научные работы имеют своим источником не интерес к науке, а чисто эгоистическое стремление выдвинуться.

В заключение: пусть никто не подумает, что я выступаю против механических воззрений, как таковых. Для хирурга они неизбежны. Я восстаю против злоупотребления механическим мышлением. Я считаю большим счастьем, что на ряду с механической точкой зрения получает право гражданства и функциональная. Для врача, как и для хирурга, не должно быть противопоставления: „механическое“ или „функциональное“; для него обязательно и механическое и функциональное мышление. Функциональный метод вольет в дальнейшем свежую кровь в науку, которой грозит опасность застыть благодаря односторонней механической установке.

В ПРЕДЫДУЩИХ главах я пытался осветить некоторые ошибки новой хирургии. На полноту я не претендую. Каждый читатель может привести сколько угодно примеров из своего личного опыта, из работ разных критиков.

На один вопрос еще нужно ответить: чем объяснить, что ошибки эти повторяются изо дня в день? Исключение составляют многопишущие, „производительные“ авторы, лишенные всяких критических способностей. Они пишут для того, чтобы сегодня провозглашать одно, а завтра другое. С гордостью они показывают груды написанной ими литературы, вернее макулатуры. И называют все это „наукой“. Все остальные, в том числе и я, в их глазах не имеют ничего общего с наукой. Описанных мною лжеученых мы встречаем на каждом шагу: среди практиков и специалистов, больничных врачей и университетских преподавателей. Более мелкие из них не так еще вредны. Иное дело, когда авторами являются люди, занимающие высокое положение. Их бессодержательные, лишенные всякой критики писания опасны и для больных.

Одно время говорили: хорошего хирурга познают по тому материалу, которого он не оперирует. То же можно сказать о научных работах. Разве все, о чем когда-либо думали, должно быть непременно написано и напечатано?

Одно оправдание есть для всех этих писателей. В настоящее время ценят человека не за настоящую работу, а за видимость ее. Если молодой врач хочет добиться чего-нибудь, скажем, места в больнице или преподавательской кафедры, ему нужно писать и писать, выступать и говорить так громко и часто, чтобы любой ценой всем прожужжать уши. Как только цель достигнута, звание и положение добыто, можно бросить перо и почивать на лаврах. Очень разумно и очень благодарно! К сожалению, в последнее

время вследствие перенаселения и избытка энергичных врачей предельный срок для обязательного писания удлиняется все больше и больше.

Помимо болтунов, посредственных, дюжинных людей, чье усердное, но в то же время бесполезное творчество не оставляет никакого следа уже в ближайшем поколении, есть достаточное количество людей, к которым необходимо относиться очень серьезно. Этим людям новая хирургия обязана очень многим и очень ценным. Почему же мы встречаем и этих усердных и сознательных исследователей на таких неправильных путях? Три обстоятельства по моему играют здесь главную роль.

1. Из-за анатомических данных хирурги часто недооценивают или совершенно упускают из виду функциональные моменты. Как раз среди хирургов мы наичаще встречаем людей с преувеличенным механико-материалистическим мировоззрением.

2. На основании успешности операции они с поразительной, детской наивностью делают вывод о правильности показания к оперативному вмешательству. При этом совершенно забывается, что на ряду с механической каузальностью, существует еще биологическая, душевная каузальность.

3. Специализация в медицине, хоть и привела к большим достижениям, сузила духовный горизонт врача. В частности, хирургию считали долгое время специальностью, для которой прежде всего нужны хорошие руки и, самое большее, хорошо привешенный язык, но не критический ум. Иначе было бы совершенно невозможно, чтобы как раз хирурги, занимающие руководящие места, осчастливили бы нас открытием новых картин болезней и операций при них, которые с биологической и врачебной точки зрения не выдерживают никакой критики.

Как избежать нам в будущем с некоторой долей уверенности ложных путей, которые были указаны в предлагаемой мною читателю книге? Очень просто, — для этого нам нужно из хирургов вновь стать врачами. Не будем забывать, что к больному органу подвешен еще целый человек — человек, имеющий душу и тело. Такая перестановка означает не ограничение, а расширение поля нашей деятельности. Она дает нам самим счастье более глубокого познания, а доверяющимся нам больным сулит разнообразные, обеспечивающие успех пути к лечению.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Проф. М. И. Лифшиц. К русскому изданию	3
Предисловие автора	11
Глава I. О псевдоаппендиците, в особенности о болезни так называемого нервного спазма кишки	13
Глава II. О хронически рецидивирующем аппендиците	78
Глава III. Неудачи после операции желчных камней	92
Глава IV. Ошибки хирургии	116
Глава V. К вопросу о базедовой болезни	136
Глава VI. Механизация медицины	156
Глава VII. Критические замечания к современной хирургии симпатического нерва	163
Глава VIII. Механическое и функциональное мышление в хирургии . . .	184
Заключение	196
